

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

255

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Gaston LAPEYRE

Né le 2 janvier 1898, à Aurensan (Gers)

Présentée et soutenue publiquement le - 8 JUIL 1942 19 ..

DUALITÉS INTRA-PSYCHIQUES
DANS LA
MALADIE DE BASEDOW

ÉTIOLOGIE - FORMES TYPIQUES ET ATYPIQUES
IMPORTANCE DU PROBLÈME
EN CLINIQUE ET EN THÉRAPEUTIQUE

Président : M. FIESSINGER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **LAPEYRE.**

Prénom : **Gaston.**

Date de la soutenance: _____

Numéro d'ordre: _____

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

LAPEYRE (Gaston). — Dualités intra-psychiques dans la maladie de Basedow. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 115 p., 7 fig.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

LAPEYRE (Gaston). — Dualités intra-psychiques dans la maladie de Basedow. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 115 p., 7 fig.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

LAPEYRE (Gaston). — Dualités intra-psychiques dans la maladie de Basedow. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 115 p., 7 fig.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

LAPEYRE (Gaston). — Dualités intra-psychiques dans la maladie de Basedow. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 115 p., 7 fig.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Gaston LAPEYRE

Né le 2 janvier 1898, à Aurensan (Gers)

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

DUALITÉS INTRA-PSYCHIQUES
DANS LA
MALADIE DE BASEDOW

ÉTIOLOGIE - FORMES TYPIQUES ET ATYPIQUES
IMPORTANCE DU PROBLÈME
EN CLINIQUE ET EN THÉRAPEUTIQUE

Président : M. FIESSINGER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	Henri BENARD.
Pathologie expérimentale comparée	CHIRAY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	chirurg.
BARIETY	Pathologie médicale.	médi.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.	médi.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	
BONNET	Bactériologie	
BOULIN	Pathologie médicale.	médi.
BROUET	Pathologie médicale.	médi.
BULLIARD	Histologie.	
CACHERA	Pathologie médicale.	médi.
CORDIER	Anatomie.	
COSTE	Pathologie médicale.	médi.
JOUELAIRE (Roger)	Urologie.	
DELARUE	Anatomie pathologique.	
DELAY	Pathologie médicale.	médi.
DESGREZ (H.)	Physique.	
DESOILLE	— Médecine légale.	
DIGONNET	Obstétrique.	
DOGNON	Physique.	
FÈVRE	Pathologie chirurgicale.	chirurg.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgale.	chirurg.
GALLIARD	Parasitologie.	
GARCIN	Pathologie médicale.	médi.
Mlle GAUTHIER-	Anatomie pathologique.	
VILLARS		
DE GENNES	Pathologie médicale.	médi.
MM.		
HAGUENAU	Pathologie médicale.	médi.
LACOMME	Obstétrique.	
LANTUEJOUL	Obstétrique.	
LAVIER	— Parasitologie.	
LELONG	Pathologie médicale.	médi.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	expéri.
LENEGRE	— Pathologie médicale.	médi.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
MARCHAL	Pathologie médicale.	médi.
MENEGAUX	Pathologie chirurgale.	chirurg.
MOLLARET	Pathologie médicale.	médi.
MOUQUIN	Pathologie médicale.	médi.
PATEL	Pathologie chirurgale.	chirurg.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgale.	chirurg.
RENARD	Ophtalmologie.	
RICHET	Physiologie.	
SENEQUE	Pathologie chirurgale.	chirurg.
SICARD	Pathologie chirurgale.	chirurg.
SOULIE	Pathologie médicale.	médi.
SUREAU	Obstétrique.	
TURPIN	Pathologie médicale.	médi.
WILMOTH	Pathologie chirurgale.	chirurg.

III. — AGREGES RAPP ELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		
ALGLAVE	Pathologie chirurgale.	chirurg.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	
GUENIOT	Obstétrique.	
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgale.	chirurg.
MM.		
HUGUENIN	Anatomie Pathologique.	
LE LORIER	— Obstétrique.	
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.	
PIEDELIEVRE . . .	Médecine légale.	
VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

À LA MEMOIRE VENEREE
DE MON PERE ET DE MA MERE

A MON FRERE ET A MA SŒUR

A MES PROCHES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOEL FIESSINGER

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de notre thèse. Qu'il trouve ici
l'expression de notre respectueuse reconnais-
sance.*

À MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES DUMAS

Professeur honoraire de Psychologie physiologique et pathologique
à la Sorbonne

Membre de l'Académie des Sciences morales et politiques

Membre de l'Académie de Médecine

Hommage de respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LAPORTE

Professeur de Philosophie médiévale et moderne à la Sorbonne

*En témoignage de respectueuse sympathie
et de gratitude d'un de ses anciens étudiants
d'Agrégation.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI-RENÉ OLIVIER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Ex-Chef de Laboratoire à la Faculté

Professeur suppléant de Pathologie et Clinique médicale

Avec l'expression de notre sincère et profonde amitié.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS :

MM. LES PROFESSEURS F. BEZANÇON; FEY; FIES-
SINGER; GOUGEROT; GREGOIRE (+); GUIL-
LAIN; LAIGNEL-LAVASTINE; LEMAITRE; LE-
MIERRE; NOBECOURT; OMBREDANNE; WEL-
TER.

A TOUS MES MAITRES
D'ENSEIGNEMENT THEORIQUE
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

« Il faut garder sa liberté d'esprit, et
« croire que dans la nature l'absurde sui-
« vant nos théories n'est pas toujours im-
« possible... Quand deux physiologistes ou
« deux médecins se querellent pour soutenir
« chacun leurs idées ou leurs théories, il
« n'y a au milieu de leurs arguments contra-
« dictoires qu'une seule chose qui soit abso-
« lument certaine : c'est que les deux théo-
« ries sont insuffisantes et ne représentent
« la vérité ni l'une ni l'autre. L'esprit vrai-
« ment scientifique devrait donc nous ren-
« dre modestes et bienveillants... »

CL. BERNARD.

« *Introduction à la médecine expérimentale* »
(Chap. II, paragr. 3.)

INTRODUCTION

Nul ne songe à contester, à l'heure actuelle, l'importance du facteur thyroïdien dans l'évolution ou la différenciation du psychisme. Les descriptions nombreuses qui ont été données du myxœdème ou du goitre exophtalmique, soulignent les altérations psychiques causées soit par une hypo, soit par une hyper-sécrétion de la glande; et les études du crétinisme dû à une insuffisance fonctionnelle (originelle ou acquise) ou de l'éréthisme psychique qu'entraîne un hyperfonctionnement thyroïdien, sont devenues classiques.

En ce qui concerne, en particulier, le syndrome décrit par FLAJANI en 1802, plus en détail par GRAVES en 1835, nosologiquement bien défini par VON BASEDOW en 1840, et que la littérature médicale désigne sous le nom de « Maladie de Basedow », plusieurs conceptions pathogéniques ou étiologiques ont été présentées par les auteurs. Pendant assez longtemps a prévalu la théorie bulbaire,

attribuant tous les symptômes à l'axe cérébro-spinal (FÉRÉOL, en 1874; par la suite: BARIÉ, BALET, RENDU, GAUTHIER, et d'autres). Un peu plus tard, à la conception neurogénique (CHARCOT, TROUSSEAU, etc...) qui rattache tout le syndrome — y compris l'hyperplasie glandulaire — à une excitabilité anormale du système végétatif, s'est opposée la théorie thyrogénique principalement défendue par MÆBIUS. Ici, c'est la glande qui est incriminée: l'hyperplasie du parenchyme sécréteur amène un excès d'hormone et il en résulte une intoxication du système neuro-végétatif et central, d'où l'apparition de symptômes morbides somato-psychiques.

Il semble qu'actuellement on se soit orienté vers une conception éclectique, au reste plus conforme aux découvertes de la physiopathologie et aux notations de la clinique. Récemment, G. ROUSSY ne soulignait-il pas « l'existence de rapports extrêmement intimes entre les glandes endocrines et le système nerveux végétatif dont la réunion physiologique forme un vaste « complexe neuro-glandulaire ». Ce complexe neuro-endocrinien tient sous sa dépendance l'ensemble des fonctions organo-végétatives et dirige également les fonctions de la vie de relation, voire même le psychisme » (1). Ce point de vue est partagé par la majorité des auteurs et ne suscite plus guère de discussions. Il en est tout autrement quand il s'agit de définir le rôle de l'hormone thyroïdienne dans l'apparition de certains troubles du psychisme. Sans doute, Mares CAHANE et Tatiana CAHANE avaient-ils raison d'écrire, en 1938, que « le rôle des glandes endocrines dans la pathogénie de certaines psychoses n'est plus contesté dans l'état actuel de la psychiatrie » (2). Mais P. COSSA et B. SASSI déclarent à leur tour: « Force est bien de constater que psychia-

(1) « Les régulations neuro-hormonales et hormono-neurales », in *Journées médicales internationales en 1937*. Paris, Baillière, 1938, p. 9.

(2) M. CAHANE & T. CAHANE: « Recherches sur les hormones hypophysaires dans certaines psychoses », — *Annales médico-psychologiques*. Mars 1938, p. 319.

tres et endocrinologistes ne s'entendent guère sur les manifestations ou complications psychiques du mal de Basedow » (1). Et de même WELTI et BARUK: « Si, de longue date l'intérêt des perturbations nerveuses et mentales a été souligné dans la maladie de Basedow, la question des psychoses thyroïdiennes reste assez obscure. Depuis quelques années, un certain nombre d'auteurs tendent à élargir le cadre des troubles mentaux en rapport avec l'hyperthyroïdie... Il nous semble que bien des psychiatres ont tendance à incriminer l'hyperthyroïdie chez un certain nombre de malades anxieux, instables, ou atteints de psychoses diverses. A plusieurs reprises même, on a tiré de ces notions des déductions thérapeutiques excessives, en particulier la thyroïdectomie » (2).

On ne peut donc s'étonner de constater chez de nombreux auteurs le désir d'établir une classification aussi précise que possible des symptômes psycho-basedowiens et d'en écarter les formes psychopathiques qui leur sont étrangères ou parfois associées. C'est ainsi, pour citer quelques exemples, que nous relevons un essai de ce genre dans deux articles fort importants qui datent de 1906: l'un de P. SAINTON (3), l'autre de PARHON et MARBE (4). De même dans les thèses de DALMAS (5) (1909) et de FAUVEL (6) (1922). Notons encore une série d'articles où se révèle la même intention: de R. CHARPENTIER et COUR-

(1) P. COSSA & B. SASSI: « Les formes pures et prévalentes de l'hyperthyroïdie ». — *Presse Médicale*, 30 mars 1938, p. 493.

(2) H. WELTI & H. BARUK: « Diagnostic des troubles psychiques basedowiens. — *Presse Médicale*, 19 juin 1938.

(3) P. SAINTON: « Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne ». — *Encéphale*, Mai 1906, p. 242.

(4) PARHON & MARBE: « Contribution à l'étude des troubles mentaux dans la maladie de Basedow ». — *Encéphale*, Sept. 1906, p. 459.

(5) DALMAS, Thèse Paris 1909: « Troubles psychiques dans le goitre exophtalmique » (Cf. Conclusion).

(6) FAUVEL, Thèse Paris 1922: « Fonction thyroïdienne dans les psychoses périodiques » (cf. Introduction).

BON (1) (1908), DELMAS (2) (1910), ARSIMOLES et LEGRAND (3) (1914), P. SAINTON (4) (1937), M. CAHANE et T. CAHANE (5) (1938), COSSA et SASSI (6) (1938) WELTI et BARUK (7) (1938).

Tous ces essais en vue de délimiter le domaine de la symptomatologie, psycho-basedowienne et d'en préciser les formes, montre que l'entente n'est pas faite, sur ce point, entre cliniciens ou thérapeutes. Nous considérera-t-on comme bien téméraire de repenser le problème, même à la lumière des faits? La difficulté de l'épreuve tient à la complexité et à la nature même de la question. On trébuche ici sur de multiples contradictions. « Tous les résultats parlent à la fois et c'est la confusion de l'esprit qui se confond avec la confusion de la réalité. » (P. VALÉRY.) Un fait est établi, incontestablement : *il existe un syndrome psycho-basedowien*. La thérapeutique et, disons-le, la thérapeutique chirurgicale, nous en a fourni la preuve : l'exérèse subtotale de la glande thyroïde, dans le cas d'hyperthyroïse basedowienne amène la disparition de tous les syndromes somato-psychiques. Le vieil adage est ici confirmé : *Sublata causa, tollitur effectus*. Sans doute y a-t-il des cas divers et des degrés différents de rémission ou d'involution. Mais les cas typiques sont ceux qui donnent la réponse. La difficulté est évidemment ailleurs :

(1) R. CHARPENTIER & COURBON: « Maladie de Basedow et psychose maniaque dépressive ». — *Annales médico-psychologiques*. 1908. Vol. I, p. 227.

(2) DELMAS: « Accès subintrants de confusion mentale au cours d'un goitre exophtalmique ». — *Encéphale*. 1910. 2^e semestre, p. 405.

(3) ARSIMOLES & LEGRAND: « Troubles mentaux et maladie de Basedow ». — *Annales médico-psychologiques*. 1914. Tome V, p. 154.

(4) P. SAINTON: « Les psychoses des thyroïdiens ». — *Semaine des Hôpitaux de Paris*. Juillet 1937, p. 346.

(5) M. CAHANE & TATIANA CAHANE. — *Annales Médico-psychologiques*. 1938, op. cit.

(6) P. COSSA & B. SASSI. — *Presse médicale*. 1938, op. cit.

(7) WELTI & BARUK. — *Presse médicale*. 1938, op. cit.

c'est que le *syndrome psycho-basedowien* ne peut être nosologiquement déterminé. S'il en était autrement, toutes discussions auraient cessé d'exister. Le Basedow ne produit pas, en effet, une forme psychopathique particulière et caractéristique. On ne peut donc établir d'une façon précise et d'enlèée quels sont les cas de coïncidence et quels sont les cas de relation causale. Il faudra rechercher l'origine glandulaire des dysphrénies ou des dysthymies et faire le départ entre les psychoses d'origine thyroïdienne et les psychoses associées au Basedow. D'où la nécessité de faire appel à des tests cliniques, biologiques ou psychiques. Ce qu'il ne faudra jamais perdre de vue, c'est le *polymorphisme* de la psychose basedowienne, allant d'une « légère ivresse, d'un léger état maniaque » (MÆBIUS), à la manie franche, à la mélancolie anxieuse, à la psychonévrose de l'anxiété et du doute, à la confusion hallucinatoire. En outre, dans les psychopathies basedowiennes, le concours de différentes causes est indubitable. Dans certains cas, il se révèle par l'existence d'un état morbide antérieur au Basedow. Il y a des cas graves de cette maladie qui ne présentent que des altérations psychiques légères. D'autres fois l'épisode morbide est passager, tandis que l'affection glandulaire qui l'a provoqué subsiste. Il y a des rémissions et des récides. C'est à la clinique et à la thérapeutique qu'il appartient d'éclaircir le problème posé par les formes variées de la maladie.

Ainsi donc, les divers cliniciens et en particulier les psychiatres et les endocrinologistes pourraient peut-être découvrir un terrain d'entente s'ils voulaient bien tenir compte de quelques idées claires et distinctes qui se dégagent faits d'expérience. N'ayons surtout pas la prétention d'en exagérer l'importance et n'y voyons même que de simples suggestions à soumettre au jugement de personnes mieux éclairées. Notre première idée est que tout accord est, en clinique, impossible si l'on continue à voir dans le syndrome psycho-basedowien une aliénation de la personnalité: il en est de même si l'on considère exclusivement la maladie de Basedow comme étiologiquement mono ou

pluri-glandulaire. En troisième lieu, impossible, non plus, de s'accorder si l'on ne tient compte, au plus haut point des indications de la thérapeutique.

Par contre, on serait bien près de s'entendre si l'on voulait bien considérer le psychisme basedowien non comme une entité morbide à contours nets, mais comme une pluralité symptomatologique requérant une analyse souvent délicate. Et si, de plus, l'on cessait de ne voir dans les formes ou les variations psychopathiques du Basedow, tantôt qu'un ensemble de phénomènes peu marqués, de symptômes légers, alors que parfois un délire pré-comateux annonce un tragique dénouement ; ou, encore, qu'une variété psychopathique étrangère aux psychoses nosologiquement définies, ce qui est, nos observations cliniques le montreront, complètement erroné.

Toutes ces remarques soulignent bien la complexité du problème et la nécessité, par conséquent, pour les divers cas cliniques qui se présentent, d'un examen préalable très minutieux. C'est dire que le praticien doit faire montre de qualités psychologiques réelles et, disons-le, d'esprit de finesse. Tout dépend, on le sent bien, de ce qu'il aura, en fin de compte, découvert dans l'histoire aussi complète que possible, non seulement de la maladie, mais du malade et de son milieu. L'importance de l'anamnèse est ici capitale. L'orientation clinique ou thérapeutique relève, en définitive, de cet examen préalable. Il s'agit donc d'y apporter une particulière attention si l'on veut éviter, le cas échéant, de graves mécomptes.

Telles sont les suggestions que nous essayerons de dégager dans ce modeste essai. Nous nous sommes efforcé d'appliquer certaines règles de méthode admirablement définies par Cl. BERNARD : être fidèle à l'expérience, bien observer les faits, quitter tout dogmatisme et conserver le doute, enfin garder toute la foi en la science.

Avant d'aborder les grandes lignes de ce travail nous devons rendre un sincère hommage de reconnaissance à ceux qui l'ont rendu possible. Et tout d'abord au Doc-

teur H. WELTI, chirurgien des Hôpitaux de Paris, avec qui nous étions tombé d'accord, dès le début de nos recherches, sur la manière de concevoir le psychisme basedowien. Il nous a ouvert un vaste champ d'expériences et d'investigations en nous mettant en contact avec plus de cent malades qui ont fait l'objet, de notre part, d'un examen suivi. Et il nous a généreusement ouvert ses dossiers personnels qui portent sur des milliers de cas opératoires, où nous avons découvert un riche complément d'information. A son beau talent de praticien, le Docteur WELTI joint un sens de l'humain qui est la marque des grands maîtres. Nous lui témoignons ici toute notre reconnaissance et notre respectueuse sympathie. Nous associons à cet hommage le Docteur M. GAULTIER, chef de clinique à la Faculté, qui orienta nos recherches d'endocrinologie vers une étude attentive de la maladie de BASEDOW. Nous le remercions de son amicale sollicitude. Nos remerciements également au Docteur G. LEDOUX-LEBARD, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, qui nous a communiqué quelques observations intéressantes provenant d'un service de radiothérapie de la Salpêtrière, et dont nous avons tiré profit.

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL BIOCHIMIQUE : LE POISON THYROIDIEN

I. LA NATURE DE L'HORMONE THYROIDIENNE ET SON MECANISME SECRETOIRE

L'hormone thyroïdienne provient de la sécrétion de la glande thyroïde (ou corps thyroïde) située à la partie antérieure du cou, au niveau de son tiers inférieur. Cette glande dérive embryologiquement d'une ébauche pharyngienne et, plus précisément, du segment inférieur du tractus thyro-glosse. Elle comprend deux lobes latéraux, un droit et un gauche, reliés par un isthme médian, véritable lobe moyen. Elle est recouverte par une capsule propre intimement unie au parenchyme glandulaire. Son poids est de 20 à 25 grammes et diminue à la période sénile. Elle est maintenue aux premiers anneaux de la trachée par une adhérence fibreuse, de sorte qu'elle est soulevée en même temps que cet organe dans le phénomène de la déglutition. Elle est en rapport médiat en arrière ou latéralement avec la carotide primitive, la jugulaire interne, le pneumogastrique, les ganglions de la chaîne carotidienne. Les parathyroïdes sont au contact de sa face postérieure.

Elle est surtout palpable lorsqu'elle est hypertrophiée, soit en partie, soit en totalité (hyperplasie diffuse ou nodulaire) ou qu'elle se sclérifie.

Chez le sujet sain, elle est également décelable au palper, mais plus difficilement. Elle peut être atrophiée congénitalement (myxœdème). Examiné au microscope, le tissu glandulaire présente un grand nombre de vésicules assez petites, bien délimitées, bordées de cellules cubiques

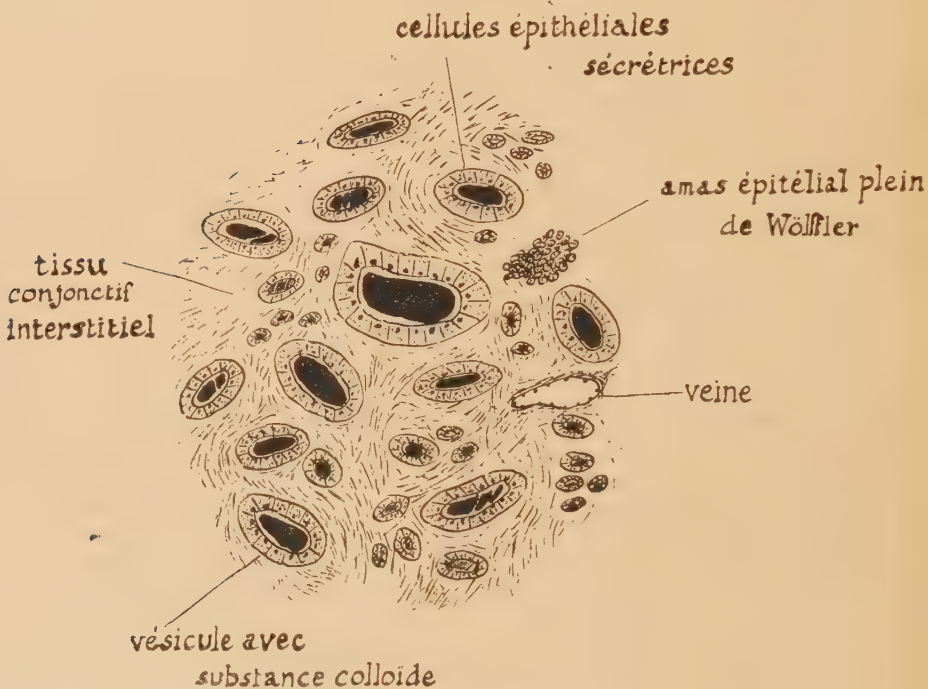


Fig. I. — Coupe de thyroïde normale.
(Schéma dessiné d'après nature)

et contenant dans leur zone centrale une substance amorphe visqueuse, la *substance colloïde*, que l'éosine colore en rose et le picro-carmin en jaune d'or. Cette substance, sécrétée par les cellules, contient une forte proportion d'albumines iodées qui entrent dans la composition de l'hormone.

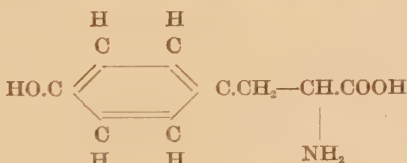
A. — ETUDE CHIMIQUE DE L'HORMONE

Trois substances iodées, pour ne parler que des plus importantes, ont été extraites du produit de sécrétion glandulaire: une protéine, l'*iodothyroglobuline* et deux dérivés d'acides aminés, la *diiodotyrosine* et la *thyroxine* (1).

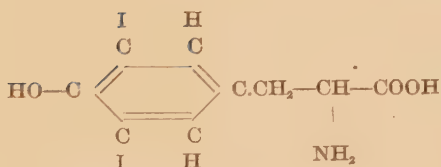
L'*iodothyroglobuline*, découverte par OSWALD en 1899, est une protéine appartenant au groupe des globulines et contenant de l'iode. Le composant actif est inclus dans la fraction protéinique: en effet, celle-ci renferme une certaine quantité d'acides aminés dont plusieurs sont vecteurs d'iode.

L'*iodothyroglobuline* peut être considérée comme le pré-curseur naturel de l'hormone thyroïdienne.

La *diiodotyrosine*, produit d'hydrolyse chimique (FOSTER) ou enzymatique (HARRINGTON) de l'*iodothyroglobuline* offre avec la tyrosine des analogies de structure.



TYROSINE



DIIODOTYROSINE

Elle présente un grand intérêt en ce qui concerne la genèse de la thyroxine. On peut admettre, après les tra-

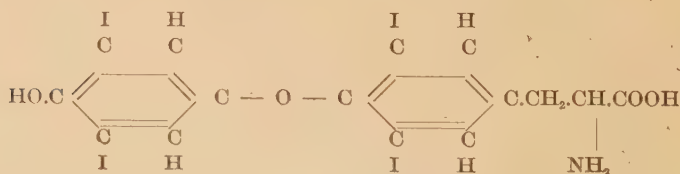
(1) BAUMANN avait obtenu, en 1895, une albumine moins complexe et un composé organique iodé qu'il appela « thyroïdine » ou « iodothyrene ».

vaux de HARINGTON et RANDALL, que la diiodotyrosine et la tyrosine proviennent de l'iodothyroglobuline, celle-ci contenant le protéique iodé thyroïdien. La thyroxine, produit thyroïdien chimiquement défini, offre une très grande importance. En effet, un sensible progrès a été réalisé par les recherches de KENDALL qui, en 1914, obtint la thyroxine à l'état cristallisé, et par celles de HARINGTON, en 1925, concernant la nature chimique de ce corps. KENDALL étudia l'influence de l'hydrolyse alcaline sur la protéine thyroïdienne et, après une série d'expériences, il découvrit une substance alcalo-soluble contenant 60 % d'iode en combinaison organique dont il obtint un corps chimique cristallisé en aiguilles produisant les effets typiques de l'hormone thyroïdienne. KENDALL fit de la thyroxine : $C^{11}H^{10}O^3NI^3$, l'acide 4-5-6 tri-iodo 4-5-6 trihydro 2 oxyindol 3 propionique d'où le nom de :

thyro-oxy-indol,

puis de : thyrox-ine.

Il avait établi l'existence de deux formes : une forme énolique ou thyroxine « ouverte » et une forme cétonique ou thyroxine « fermée ». HARINGTON n'a pas admis cette manière de voir. Au lieu de renfermer un noyau indolique, qui l'apparentait au tryptophane, la thyroxine contient, dit-il, — un noyau phénolique qui la rapproche de la tyrosine. Pour lui, donc, la thyroxine : $C^{15}H^{11}O^4NI^4$ est l'acide β [3-5 diiodo 4 (3'-5' — diiodo 4' — hydroxy-phénoxy) phényl] α aminopropionique, dont la formule est la suivante :



La synthèse de la thyroxine a été réalisée par HARINGTON et BARGER en 1927. Le produit artificiel a des effets identiques à ceux de l'extrait naturel obtenu à partir des

protéines thyroïdiennes, par leur hydrolyse chimique. On admet actuellement que la thyroxine, sans être la véritable hormone thyroïdienne, en est le principe actif. Rappelons que pour HARINGTON et BARGER, l'iodothyroglobuline produite dans la substance colloïde pourrait libérer de la diiodotyrosine et de la thyroxine combinées toutes deux à des acides aminés variés. Ainsi l'hydrolyse enzymatique de l'iodothyroglobuline (véritable réserve d'hormone de la substance colloïde) dans les vésicules du tissu glandulaire amènerait une production d'hormone qu'on devrait alors considérer comme un mélange de thyroxine et de polypeptides renfermant celle-ci.

La thyroxine cristallisée se présente sous l'aspect d'une poudre micro-cristalline, blanche, inodore et insipide. Comme tous les acides aminés, sauf le glycocole, elle présente un carbone asymétrique. Les thyroxines naturelles et synthétiques sont optiquement indifférentes : ce sont des racémiques. HARINGTON a réussi à résoudre la thyroxine en ses énanthiomorphes : la l-thyroxine et la d-thyroxine. Des deux isomères, la thyroxine gauche est la plus active (environ 3 fois plus que la d-thyroxine). La thyroxine naturelle est la l-thyroxine. On a pu l'extraire de la substance colloïde glandulaire par la digestion trypsique. La rotation spécifique de la l-thyroxine est $\alpha_{21} = -3.5$
5461

et pour la d-thyroxine $\alpha_{21} = +2.96$. La thyroxine
5461

cristallisée fond à 240° . Elle est soluble dans les alcalis (KOH, NaOH) dilués ou faiblement concentrés; insoluble dans l'eau et les solvants organiques. Sous l'action de la lumière, elle prend à la longue une teinte rose brunâtre et une odeur prononcée d'iode. Au point de vue physiologique elle a les mêmes effets que les extraits thyroïdiens. On peut donc la considérer biologiquement et cliniquement comme le principe actif de la sécrétion thyroïdienne, comme la véritable hormone glandulaire. Selon BOOTHBY et SANDIDORF, la quantité de thyroxine en circulation chez l'homme varie entre 12 et 14 milligrammes. Selon PLUMMER,

la thyroïde humaine sécrète environ 1 milligramme de thyroxine par jour.

B. — MÉCANISME RÉGULATEUR DE LA SÉCRÉTION HORMONALE

Nous avons vu que l'épithélium thyroïdien était constitué par une couche unique de cellules prismatiques. La hauteur de ces cellules épithéliales varie avec la quantité de substance colloïde contenue dans la vésicule. Au pôle apical de chaque cellule on observe un appareil réticulé de Golgi, très hypertrophié lorsque la cellule est très active. Cependant, l'appareil de Golgi peut occuper parfois une position basale, par exemple dans l'hyperthyroïdisme. L'activité cellulaire est doublement fonctionnelle : tandis qu'une partie des substances sécrétées est reprise immédiatement par le sang (fonction véritablement hormonale) à la suite d'un transfert du produit de sécrétion de la cellule au capillaire bordant, une autre partie est mise en réserve et constitue la substance colloïde vésiculaire, transparente, amorphe, de coloration jaunâtre. Le passage de la colloïde à travers les cellules s'effectue lorsque l'organisme est en état de carence iodée : il y a, en ce cas, vidage plus ou moins considérable de la vésicule. La sécrétion d'hormone par la cellule thyroïdienne est sous le contrôle de l'hypophyse par l'intermédiaire d'une substance stimulante provenant du lobe antérieur de l'hypophyse : la thyro-stimuline. Il existe donc ainsi une régulation hormonale qui va du plus au moins, selon les besoins de l'organisme. Et cette régulation dépend elle-même de l'inter-relation entre les glandes endocrines et le système neuro-végétatif, dont l'ensemble constitue un complexe neuro-endocrinien. « Ce complexe tient sous sa dépendance l'ensemble des fonctions organo-végétatives et dirige également les fonctions de la vie de relation, voire même du psychisme. » (ROUSSY) (1).

(1) ROUSSY : « Les relations neuro-hormonales ». (Op. cit.), p. 9.

C. — L'INTER-RELATION NEURO-GLANDULAIRE ET PLURI-GLANDULAIRE

Autour et à l'intérieur des follicules thyroïdiens, il existe un réseau dense de fibres nerveuses sécrétoires qui ne pénètrent pas dans les cellules épithéliales. Elles proviennent du système para-sympathique, notamment par une branche du nerf laryngé supérieur et une autre du nerf laryngé inférieur. Elles proviennent aussi du système sympathique surtout par le ganglion cervical supérieur (von CYON). Or, ce ganglion est sous la dépendance de centres supérieurs : bulbaire et hypothalamique. ROUSSY et MOSINGER ont montré que l'hypothalamus est un véritable centre végétatif supérieur renfermant d'innombrables connexions nerveuses et représentant un « carrefour nerveux central où toutes les excitations extérieures et même le psychisme, en un mot tous les phénomènes de la vie de relation entrent en rapport intime avec les fonctions végétatives organiques. Les recherches anatomiques expliquent donc parfaitement l'importance du rôle joué par la vie de relation et notamment le psychisme et ses dérèglements dans la pathologie endocrinienne. » (ROUSSY) (1).

Peut-on préciser le point d'attaque de l'hormone sur le système nerveux ? Elle exerce certainement une action centrale sur le *cortex* cérébral et le diencephale. Des faits cliniques et expérimentaux le confirment : par exemple l'existence de troubles psychiques ou d'un coma basedowien. L'administration de certains narcotiques (véronal, luminal, prominal) agissant sur le mésencéphale, atténue ou abolit l'action de la thyroxine. Quant à l'influence de l'hormone sur le système neuro-végétatif, elle est démontrée par son amphotropisme à l'égard du sympathique ou du para-sympathique. Dans le cas d'hyperthyroïdisme, par exemple dans la maladie de Basedow, il existe une *amphotonie* qui prédomine dans tous les organes sur le groupe excitateur. S'il

(1) ROUSSY. Op. cit., p. 13.

s'agit du système cardio-vasculaire, c'est le sympathique qui est affecté, il en est de même pour les yeux. Par contre, c'est sur le para-sympathique que porte l'excitation s'il s'agit du tube digestif ou des glandes sudoripares. C'est ce que DANIELOPOLU appelle « mécanisme amphotrope thyro-végétatif. » (1).

A toutes ces actions il faut également ajouter les influences réciproques touchant la régulation interhormonale. La glande thyroïde est notamment en relation étroite avec l'hypophyse, les surrénales, les glandes sexuelles, le pancréas endocrine.

L'allure clinique de certaines maladies révèle l'interdépendance thyro-hypophysaire. Ainsi l'hyperfonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse, avec acromégalie, est souvent associé à l'hyperfonction thyroïdienne de la maladie de Basedow (ZONDEK). L'action de la thyroïde sur la croissance est ralentie après l'extirpation de l'anté-hypophyse.

Le couple thyroïde-surrénale est également intéressant à étudier. On sait que dans le cas d'hyperthyroïose les malades réagissent à l'adrénaline par une accélération marquée du pouls et une hyperexcitabilité vaso-motrice (réaction de Goetsch). L'administration d'extrait thyroïdien *per os* ou l'injection de thyroxine provoque le plus souvent une hypertrophie du cortex surrénalien. La surrénalectomie amène chez les rats des modifications histologiques du tissu glandulaire thyroïdien : hyperplasie épithéliale et disparition de la colloïde.

L'inter-relation thyro-pancréatique n'est pas moins importante. En effet, si la fonction thyroïdienne décroît, le système insulaire tend à prédominer. La tolérance au sucre croît chez les hypothyroïdiens. Réciproquement le diabète s'accompagne d'une sensibilité exagérée de la thyroïde. La thyroxine provoque une mobilisation du glycogène hépa-

(1) DANIELOPOLU: « Mécanisme neuro-hormonal des thyroïdes », (Op. cit.), p. 214.

tique (ABELIN et JAFFE; CRAMER; ASHER; MAC CALL). L'hyperglycémie provoquée est plus prononcée dans l'hyperthyroïse soit par administration de glucose ou de saccharose, soit par injection d'adrénaline.

Enfin, thyroïde et glandes sexuelles sont en rapports

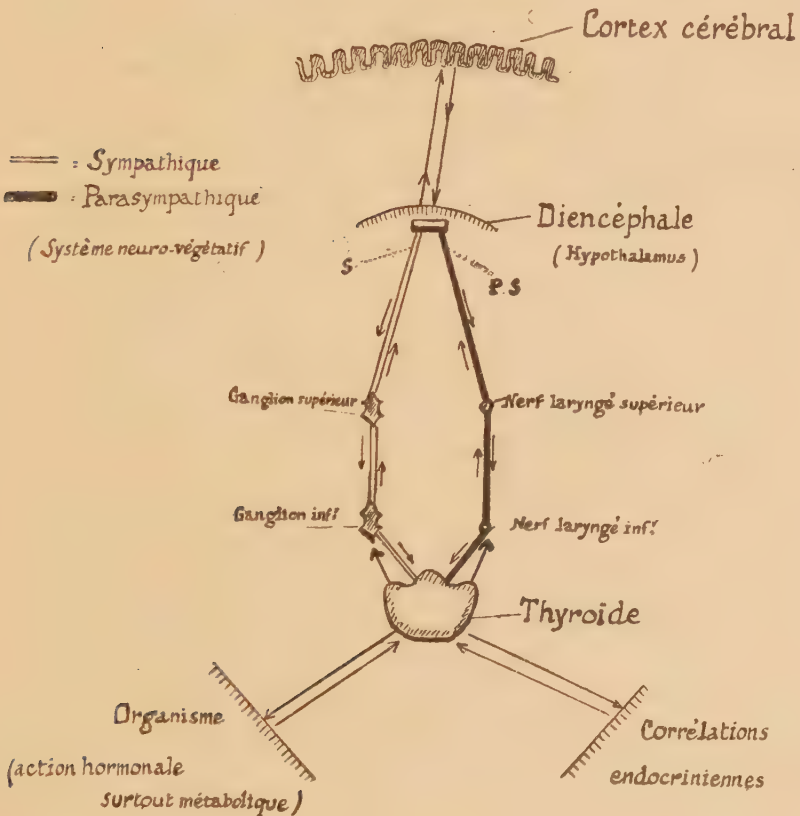


Fig. II. — Schéma des relations neuro-glandulaires de la thyroïde.

intimes. Une augmentation de volume de la thyroïde se produit souvent pendant la menstruation, la puberté, après la castration, à la ménopause et pendant la grossesse. Des anomalies de la fonction ovarienne pourront ainsi entraîner

une hyperplasie thyroïdienne. L'hyperthyroïose à la période involutive est bien connue en clinique .

D. — LE COMPLEXE NEURO-GLANDULAIRE ET LES PROBLÈMES DE LA CONSTITUTION

Nous venons de voir quelles relations étroites unissent le système nerveux aux glandes endocrines. Il est hors de doute que le mode de réaction particulier à chaque individu dépend de la variété de coordination de l'appareil endocrinien, si divers lui-même quant au développement glandulaire ou au régime de sécrétion. Certes, le problème est autant phylogénétique qu'ontogénétique. Les facteurs héréditaires déterminent génotypiquement le mode de réaction (J. BAUER) et exercent, en ce sens, une influence prépondérante sur l'ensemble des symptômes cliniques. On peut, étant donné l'interdépendance endocrinienne, penser que la déficience congénitale de certaines hormones peut se compenser par l'abondance d'autres hormones et que dès lors un développement anormal des glandes correspondantes peut amener une perturbation dans tout l'organisme. R. STERN parle de « formule polyglandulaire de l'individu ». Quand on songe, en effet, à l'influence de certaines glandes sur la morphogénèse ou la psychogénèse : hypophyse, thymus, thyroïde, glandes sexuelles, on peut en conclure à bon droit que certaines malformations somatiques ou certaines altérations du psychisme ont pour origine des déficiences hormonales, qu'elles soient embryonnaires ou extra-utérines. MARANON a insisté à plusieurs reprises sur « l'hérédité endocrinienne » (1). De même, PENDE insiste sur la notion de « tempérament constitutionnel » (2). Il est bien vrai que nous naissons avec une héré-

(1) V. « Manuel de las enfermedades del tiroïdes ». Barcelona 1929, p. 70.

— V. également « Los problemas actuales de las secreciones internas ». Madrid 1922.

(2) PENDE. « Endocrinologia ». Milano 1934, p. 115, p. 160 et sqq.

dité particulière, avec un groupe de tendances congénitales qui vont orienter toute notre vie. Nous héritons les caractères physiologiques et un certain fond psychique constitutionnel de nos parents, sans doute parce que nous héritons leur formule endocrinienne. Les glandes constituent, à n'en pas douter, le noyau originaire de notre personnalité. Comme le dit A. CARREL: « la pensée est fille des glandes à sécrétion interne aussi bien que de l'écorce cérébrale » (1). Cependant, n'allons pas trop loin dans l'affirmation et gardons-nous de côtoyer la fantaisie. Evitons les considérations trop hasardeuses de certains, lesquelles, selon le mot fort juste de G. DUMAS « n'ont même pas le mérite d'être humoristiques » (2).

II. — *L'HORMONE THYROIDIENNE ET LE COMPLEXE NEURO-PSYCHIQUE: DE L'EUCRASIE A LA PATHOGENIE*

Nous avons déjà parlé du rôle morphogénique ou psychogénique de la thyroïde. Son retentissement sur tous les processus vitaux de l'organisme est considérable et l'on devrait insister sur la fonction métabolique de la glande, véritable catalyseur bio-chimique de tout l'organisme, puissant stimulant des oxydations tissulaires, réglant le métabolisme général, l'hématopoïèse et la répartition du sang, la fonction reproductrice et le tempérament, l'équilibre nerveux et l'allure du psychisme. Envisageons surtout ce qui a trait à notre sujet: les rapports de l'hormone et du complexe neuro-psychique.

(1) A. CARREL: « L'homme, cet inconnu ». Chap. VII, p. 169.

(2) G. DUMAS: « Traité de Psychologie. Psycho-physiologie des glandes endocrines ». Chap. VII, p. 1113.

A. — L'HORMONE THYROIDIENNE
ET LE FONCTIONNEMENT NERVEUX

La thyroïde et le système neuro-végétatif ont des rapports très étroits, on l'a vu. PENDE dit « qu'ils ne sont séparables ni physiologiquement ni pathologiquement ». C'est souvent par l'intermédiaire des centres neuro-végétatifs encéphaliques que les glandes agissent sur la nutrition des cellules cérébrales ou sur le trophisme du tissu nerveux, influençant ainsi directement le fonctionnement cérébral et par suite le psychisme. SCHITTENHELM et EISLER ont montré, par des procédés chimiques, que l'hormone thyroïdienne avait une affinité particulière pour le système nerveux. Ceci peut expliquer la variété et l'importance des troubles nerveux dans le dysfonctionnement glandulaire. C'est que la glande agit sur tous les éléments du système, stimulant l'excitabilité et la conductibilité, facilitant le frayage de l'influx nerveux (CRILE), modifiant les chronaxies des neurones cérébraux (1), accélérant les mouvements de relation entre les divers centres, en sorte que l'abondance de l'hormone produit, par exemple, une sorte de frénésie psycho-organique. Un de nos malades, que nous avons suivi pendant un certain temps, et qui fut guéri d'un Basedow par une thyroïdectomie subtotale nous disait: « J'étais comme une locomotive sous pression ». PENDE a signalé ce fait que l'hormone agit directement sur le mécanisme de production de l'activité nerveuse, d'où le nervosisme des basedowiens et l'apathie des myxoédémateux. MARINESCO et WALTER ont montré, à l'aide d'expériences, que la thyroïde agit sur le trophisme du tissu nerveux; si l'on sectionne le nerf d'un animal thyroïdectomisé, la dégénérescence wallérienne est retardée et la régénération plus lente. Après ingestion d'extrait thyroïdien, les processus s'accélèrent. Les déviations morbides en

(1) V. P. CHAUCHARD: « Le système nerveux et ses inconnues », Paris 1941, p. 72.

hypo ou en hyper de la fonction thyroïdienne expliquent certaines perturbations locales comme par exemple la névrite optique dans l'hyperthyroïdisme. Ces troubles pathologiques sont dûs généralement à des altérations histologiques : chromatolyse, dégénérescence des cellules nerveuses, hyperplasie névroglie, pigmentation ferrique, phénomènes décrits par CRILE, VOGT, SACRISTAN, MARINESCO et d'autres. PENDE a signalé également l'influence de la thyroïde sur le bilan calcique ou phosphoré qui joue un rôle essentiel dans la nutrition et le fonctionnement nerveux. SIMONINI a montré l'action importante qu'elle exerce sur la synthèse des lécitines, des nucléines et de l'acide phosphocarnique, substances bases pour la nutrition de la cellule nerveuse. Ainsi s'éclaire et s'explique l'action de l'hormone thyroïdienne sur le fonctionnement cérébral et, par le cerveau, sur le psychisme.

B. — THYROÏDE ET PSYCHISME

« La glande thyroïde règle la vitesse des réactions neuro-psychiques » (PENDE). L'hyperfonctionnement provoque, en effet, un véritable éréthisme psychique sur lequel nous aurons l'occasion de revenir. L'hypofonctionnement, par contre, amène un ralentissement de la vie mentale, un retard important dans le processus d'association des idées, une sorte de torpeur intellectuelle.

Si l'on envisage d'une manière globale le rôle des excitations hormonales vis-à-vis du système neuro-végétatif ou du cortex cérébral, on peut comprendre le retentissement considérable de la stimulation thyroïdienne sur le psychisme. En effet, toutes les influences des endocrines se traduisent en variations de la sensibilité entéroceptive ou de la cénesthésie, de ce tonus général qui est l'expression même de la vie organique, et qui se manifeste dans l'humeur ou le caractère, dans l'euphorie de la belle santé, dans les dispositions joyeuses ou dans les tristesses nostalgiques. Il s'agit ici, selon le mot de DUGAS « d'une fu-

sion intime du moi corporel et du moi spirituel » ou encore, comme le dit CONDILLAC « du sentiment fondamental de notre existence ». Dans ce complexe psycho-organique, la sécrétion thyroïdienne joue un rôle important. MARANON pense qu'elle est « prédisposante de la phénoménologie végétative de l'émotion ». Selon d'autres, la thyroïde est la glande de l'émotivité. Et certes, elle a une place étiologique de choix dans les dysthymies, nos observations le montreront amplement. Il faut aller plus loin encore : elle règle aussi le jeu plus ou moins ample et brillant des associations intellectuelles, depuis la formulation lente et pénible de l'hypothyroïdien jusqu'à la prolixité fatigante et heurtée du basedowien. PENDE écrit à propos du « tempérament thyroïdien » et de la constitution psychique qui lui correspond : « Toutes les réactions fonctionnelles sont rapides, quelquefois à forme explosive et facilement épuisable : langage, mouvement et pensée rapides ; l'action fait suite à la pensée sans trop de résistances. A ajouter une grande émotivité et une hyperesthésie psychique, avec une bonne fantaisie ; inventivité, intuition, une volonté très forte, une orientation altruiste de l'âme et une forme synthétique de l'intelligence : c'est le vrai tempérament passionnel, pathétique, artistique, intuitif » (1).

Nous reconnaissons là, en somme, une constitution psychique pré-basedowienne. Et nous savons que si la glande s'hyperplasia, si la sécrétion s'augmente, si l'hormonopexie vésiculaire s'atténue, la formule eucrasique du « tempérament » va faire place à une synthèse plus sombre. C'est que l'hormone est devenue un véritable poison organique qui va provoquer des désordres dans le corps et dans l'esprit, une véritable frénésie métabolique, un nervosisme accentué et une sorte d'ivresse mentale.

Nous voici parvenu au cœur même du problème, après un examen préalable de quelques données qui nous ont paru nécessaires à son éclaircissement.

(1) PENDE : « Les tempéraments hypercriniques ». In « Médecine et Adolescence ». Lyon 1936, p. 35.

CHAPITRE II

DUALITES PSYCHIQUES DANS LES FORMES TYPIQUES DE LA MALADIE DE BASEDOW

La maladie de Basedow se caractérise par certains symptômes somato-psychiques. Comme il est bien difficile en pathologie endocrinienne, de séparer l'organo-physiologique du nerveux et le nerveux du psychique, nous ferons, au préalable, un examen sommaire de la symptomatologie neuro-physiologique du Basedow. Nous traiterons plus longuement ensuite des troubles psychiques.

I. — *LES SYMPTOMES NEURO-PHYSIOLOGIQUES BASEDOWIENS.*

On avait, avant VON BASEDOW, noté l'existence d'un goitre et de tachycardie dans l'ensemble pathologique auquel son nom est attaché. Cet auteur fut cependant le premier à insister sur un symptôme particulier : l'exophtalmie. Et c'est, en effet, le plus frappant, quand il existe. On a mis également en relief d'autres symptômes : le tremblement nerveux, certaines altérations du métabolisme et du système cardio-vasculaire, etc... Nous en ferons un rapide examen.

1° Le *goitre*, dans le Basedow typique, est en général diffus, souvent peu volumineux, de consistance assez molle,

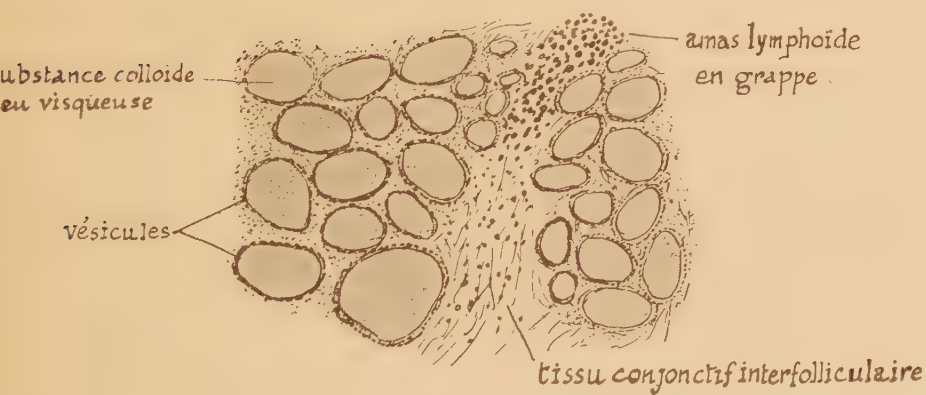
et ne comprimant pas les organes voisins. La glande étant richement vascularisée, on peut percevoir au niveau des lobes latéraux certaines pulsations et comme un bourdonnement, que le palper révèle. L'examen histologique montre une raréfaction de la substance colloïde, qui est moins visqueuse, et ne prend presque plus les colorants. On observe une prolifération des travées sécrétrices et des capillaires sanguins. Les tubes glandulaires renferment plusieurs couches de cellules épithéliales qui paraissent envahir la vésicule. On note souvent l'existence très caractéristique de cellules lymphoïdes en grappe. Les follicules sont irréguliers, leur colloïde est diminuée et liquéfiée. On remarque la disposition insulaire des cellules épithéliales éosinophiles à noyaux souvent monstrueux. Les capillaires sont anormalement congestifs (v. figure).

Toutes ces altérations peuvent apparaître sous forme de plages au milieu d'un tissu qui semble normal: par exemple, dans le goitre basedowifié. Dans l'adénome toxique, les amas lymphoïdes sont rares et les cellules éosinophiles absentes. Mais, comme dans l'hyperplasie diffuse basedowienne, la substance colloïde est raréfiée et chromophobe.

2° *Les troubles cardio-vasculaires* sont importants: les malades se plaignent de palpitations, de douleurs précordiales, parfois de battements rythmiques à la région cervicale (signe de MUSSET), de troubles congestifs, tous ces phénomènes traduisant l'excitation anormale du système neuro-végétatif, avec prédominance sur le sympathique. Il s'agit d'une tachycardie sinusale banale par une déviation fonctionnelle du centre nodal de KEITH et FLACK. Elle est régulière; l'orthostatisme l'accroît (signe de Bécclère). Elle varie entre 90 et 150 ou 200. La tension artérielle est légèrement augmentée (selon LIAN dans 56 % des cas). C'est une hypertension divergente; la maxima est seule affectée (1 à 2 cm), la minima restant presque toujours normale. Au point de vue des bruits cardiaques, on peut noter l'existence fréquente de murmures systoliques intermittents, parfois un souffle présystolique perçu au-dessus



*Fig. III. — Coupe de thyroïde hyperplasée :
travées sécrétrices proliférantes
(Schéma dessiné d'après nature)*



*Fig. IV. — Coupe de thyroïde hyperplasée :
îlots lymphoïdes
(dessiné d'après nature)*

de la pointe et rappelant celui de la sténose mitrale; mais son inconstance le fait distinguer du souffle pathologique

P = onde auriculaire
R, S, T, groupe ventriculaire

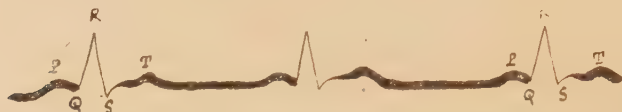


Fig. V. — Electrocardiogramme d'un individu normal

vrai. Dans les cas assez graves on constate de l'insuffisance cardiaque due en grande partie à une intoxication myocardique, qui se traduit par des extra-systoles, de l'arythmie ou de l'asystolie. L'électrocardiogramme, chez un basedowien montre une élévation de l'onde auriculaire P. tan-

P = onde auriculaire
R = onde ventriculaire



Fig. VI. — Electrocardiogramme d'un basedowien

L'onde P est relativement élevée tandis que l'onde R est abaissée.

dis que l'onde R est abaissée (v. figure). La radiographie révèle parfois une hypertrophie du cœur qui affecte surtout le ventricule gauche. Le cœur du basedowien au repos accomplit, en effet, le même effort que celui de l'individu normal au travail. Ce qu'il faut surtout souligner, c'est

P = onde auriculaire
T = oscillation secondaire



Fig. VII. — Electrocardiogramme d'un myxoedémateux.

L'onde auriculaire P et l'oscillation secondaire T font défaut

qu'habituellement, et dans les formes typiques du Basedow, le cœur est normal au point de vue anatomique ou fonctionnel, tandis que dans les affections cardiaques véritables, la musculature est affaiblie. Ainsi peuvent s'expliquer les rémissions post-opératoires dans le cas d'asystolie basedowienne (WELTI).

3° *L'exophtalmie* est un symptôme moins constant que l'éréthisme cardiaque. Nous l'avons observée personnellement dans 80 % des cas. Parfois elle est apparue brusquement (v. observation) à la suite d'une émotion très forte. Chez d'autres malades, elle a été progressive (la grande majorité des cas). Elle est presque toujours bilatérale. Ce qui frappe surtout dans ce symptôme, c'est la protrusion des globes oculaires. Elle donne au visage un aspect de teneur (MÆBIUS). C'est le « regard tragique » des basedowiens. L'exophtalmie très prononcée peut amener de l'ulcération cornéenne et même de la panophtalmie. Quelle est l'origine de ce phénomène ? On l'attribue à une hyperexcitation du sympathique cervical, qui provoque la contracture du muscle de MULLER, muscle orbitaire à innervation sympathique. Cette contracture amène un rejet en avant, du globe de l'œil, et simultanément, un léger œdème rétro-oculaire qui contribuerait à maintenir l'organe dans sa position anormale.

Mentionnons encore quelques signes oculaires particuliers qu'on a inclus dans la symptomatologie basedowienne :

a) *Signe de Dalrymple*: il consiste en un élargissement de la fente palpébrale (hypersympatricotonie des muscles tarsaux).

b) *Signe de von Graefe*: lorsque le sujet regarde vers le bas, la paupière supérieure ne suit le globe oculaire qu'avec un certain retard, laissant à découvert une zone blanche de sclérotique (asynergie oculo-palpébrale).

c) *Signe de Mæbius*: en approchant lentement un objet (l'index par exemple) des yeux du malade on s'aperçoit d'un défaut de convergence des globes oculaires (faiblesse des muscles adducteurs de l'œil).

d) *Signe de Stellwag*: le clignement des paupières est très rare (rétraction de la paupière supérieure empêchant l'occlusion de l'œil).

e) *Signe de Jellinek*: une pigmentation brune apparaît en auréole sur les deux paupières.

f) *Signe de Kocher et Sainton*: on observe parfois du nystagmus, par exemple (SAINTON) dans la position latérale extrême du regard.

g) *Signe de Joffroy-Sainton*: ou signe du frontal. La contraction du frontal lorsque le sujet regarde vers le haut, se fait avec un certain retard, ou même ne se produit pas.

5° *Le tremblement* est également caractéristique de la maladie de Basedow. Il affecte surtout les membres supérieurs. On le constate en faisant allonger le bras du malade et en lui faisant mettre les doigts en abduction : on perçoit alors un mouvement rapide et fin qu'on peut mieux déceler en mettant une feuille de papier sur la face dorsale de la main. Dans les formes accentuées de la maladie, le tremblement s'étend aux membres inférieurs et il peut même exister de la trémulation de la langue, des paupières, etc.. Tout ceci révèle une hyperexcitation du système nerveux général.

6° *L'élévation du métabolisme* a une valeur symptomatologique très grande. C'est un des signes les plus constants et les plus typiques de la maladie de Basedow. On sait combien l'hormone thyroïdienne est un puissant stimulant des oxydations cellulaires. Chez les basedowiens, tous les processus métaboliques sont augmentés, et parfois même considérablement. D'où un amaigrissement plus ou moins prononcé et dans certains cas brutal et rapide.

Le niveau du métabolisme de base n'est pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie; il peut n'être que légèrement au-dessus de la moyenne alors qu'il existe une asthénie musculaire très accentuée (ZONDEK). Nous ne détaillerons pas les variations métaboliques des principaux

constituants organiques. Signalons brièvement que le bilan azoté devient négatif dans l'hyperthyroïse, le métabolisme protéinique étant, en effet, augmenté. Il y a, d'autre part, tendance à la glycosurie alimentaire et la glycémie est légèrement au-dessus de la normale. La glycogénolyse hépatique est importante et le processus de mobilisation s'étend même au tissu musculaire qui perd en partie sa réserve glycogénique (PARHON, CRAMER). L'injection d'adrénaline provoque une hyperglycémie particulièrement marquée. Les lipides sont oxydés avec une grande intensité; chez le basedowien il y a une hypolipémie (EPSTEIN et LANDE). L'hormone en excès produit une mobilisation anormale de l'eau: la perspiration cutanée est augmentée, la peau devient moite; l'hydratation des fèces est sensiblement accrue ainsi que l'élimination aqueuse pulmonaire. L'hyperthermie est manifeste: aux échanges actifs et rapides correspond une thermogénèse plus intense. Ainsi le *basedowien* a la *main chaude et moite*. A signaler également une iodémie supra-normale. En bref, l'intensité du métabolisme, dans la maladie de Basedow, est en « coup de fouet ».

7° Les symptômes nerveux sont variés mais très nets. Il y a surtout de l'hyperkinésie: les malades présentent de l'agitation, sont sujets à des tremblements. Ils se plaignent de douleurs passagères ou rémittentes et d'insomnie rebelle. Rarement on note des mouvements choréiques ou de la myoclonie. PENDE décrit « certains troubles de la sensibilité, surtout de nature hystérique, sous forme de douleurs vagues ou lancinantes, qui dominent parfois à la phase initiale ou prodromique (KOCHER, OPPENHEIM), de céphalées rebelles, de névralgies faciales, d'hyperesthésies ou hypoesthésies localisées, de prurit rebelle, de névralgies du plexus cardiaque, du plexus solaire, du plexus mésentérique » (1). Dans la forme « comateuse » (ZONDEK) tous

(1) PENDE: Endocrinologia, Milano 1934, p. 129. (C'est nous qui traduisons.)

les signes d'agitation disparaissent : le malade est immobile, prostré, peut à peine soulever ses membres dans les moments de rémission ; il ne répond plus aux questions qu'on lui pose, son visage est inexpressif. Plus tard, il perd conscience : une issue fatale est alors à redouter. Mais cette forme grave est plus rare que les formes bénignes ou moyennes. Elle survient parfois à la suite d'une infection intercurrente (bronchite, grippe, pneumonie, etc...).

II. — *LE PSYCHISME BASEDOWIEN : FORMES TYPIQUES.*

Les auteurs ont décrit plus ou moins succinctement les troubles du psychisme dans la maladie de Basedow. Les notations s'accordent en général pour souligner l'éréthisme psychique ou, comme dit PENDE le « tachypsychisme » (1). Nous essayerons, à notre tour, de donner quelques détails, en faisant appel à l'observation clinique. Pour faciliter notre exposé nous resterons fidèle à la trilogie classique : affectivité, intelligence, volonté, persuadé, du reste, que cette division toute didactique ne correspond en rien à la réalité vivante dont on ne peut briser l'unité que schématiquement.

A. — BASEDOW ET VIE AFFECTIVE

On a souvent insisté sur l'émotivité particulière des basedowiens, leur irritabilité, leur instabilité, une certaine incohérence affective qui les fait passer brusquement de la gaieté à la tristesse. Ils sont mobiles et changeants dans leurs émotions, leurs sentiments, leurs désirs. MARANON note « leur émotivité exagérée qui les assujettit à toutes les impressions joyeuses ou tristes et qui laisse apparaître leur

(1) PENDE : *Endocrinologia*, Milano 1934, p. 116.

trouble en présence du médecin » (1). De même, PENDE parle de « leur irritabilité, leur impulsivité, les oscillations extrêmes de l'humeur, une hyperémotivité, souvent une altération de l'affectivité, une tendance à se montrer hostile vis-à-vis des parents ou des proches, une disposition à l'anxiété... » (2). Nous avons, en effet, observé toutes ces modalités chez plus de cent malades. Etudions-les en premier lieu, du point de vue réactionnel propre à chaque sujet : de l'idiosyncrasie. Nous verrons ensuite le comportement affectif vis-à-vis des proches ou des amis.

a) *Réactions affectives idiosyncrasiques du basedowien.* Il faut surtout noter l'instabilité de l'humeur. Le sujet est un véritable kaléidoscope affectif : il paraît gai, euphorique et soudain son visage s'altère, s'assombrit pour devenir quelques instants après indifférent, atone. Il y a, chez lui, une perpétuelle mobilité du caractère que soulignent des fulgurations émotives dont on ne peut soupçonner ni la cause, ni le but. Il n'y a plus d'orientation affective. Voici, par exemple, une de nos malades :

OBSERVATION I

Mme L..., âgée de 50 ans. Il y a deux ans apparaissent plusieurs signes de Basedow. On note, en effet : exophtalmie ; amaigrissement de 30 kgs ; nervosisme ; pouls : 120 ; palpitations ; polyphagie ; hyperthermie : $T = 38^{\circ}$; métabolisme basal : + 47 %. La malade est entrée en clinique où nous l'avons vue à plusieurs reprises.

Examen psychique. — Dans l'enfance et l'adolescence, la malade n'a jamais été nerveuse ni d'humeur particulièrement irritable. Nature calme et affectueuse. Aimait beaucoup la société de ses jeunes amies et s'entendait fort bien avec elles. Très heureuse en

(1) MARANON : « Manual de las enfermedades del tiroïdes ». Barcelona 1929, p. 83. (C'est nous qui traduisons.)

(2) PENDE : Endocrinologia, p. 129. (C'est nous qui traduisons.)

famille: enfant unique, élevée, dit-elle, « comme un poulet ». A fait un mariage d'inclination: « J'ai le meilleur des hommes ». Toujours disposée à rendre service à ses amis. Au début de la maladie elle se sent nerveuse. Elle devient maniaque. Elle a la manie du nettoyage. « Mon grenier était plus propre qu'une cuisine ». Elle prie les visiteurs de ne pas salir la maison. Elle s'isole le plus possible pour éviter de se mettre en colère. Elle a parfois des crises de fureur. Elle bat son fils et sa fille qui n'avaient jamais été battus étant enfants. Elle affirme tristement: « Ma fille est une perfection ». Elle cherche toutes sortes de raisons pour gourmander les siens. Parfois elle chante en nettoyant le parquet. Sa fille en est stupéfaite. Un moment après, une sorte de délire mélancolique la prend et elle éclate en sanglots. Elle ne peut supporter qu'on lui apprenne une nouvelle, ou de l'imprévu. Elle regarde fixement ses interlocuteurs, perd rapidement patience et chasse « ces importuns ».

Nous notons ici un syndrome basedowien typique, avec sa mobilité alternante qui va de la manie à la mélancolie, de la gaieté à la fureur, du rire aux larmes. Le fond constitutionnel de la malade est normalement orienté vers l'affection, la sociabilité, la gaieté. Le contraste intra-psychique est donc très net. Voici un nouveau type de Basedow où le fond mental est tout différent. La réaction individuelle n'est plus la même.

OBSERVATION II

Mme R. L..., âgée de 34 ans. Goitre exophtalmique diffus. Amaigrissement de 12 kilogs. Palpitations. Tremblements. Bouffées de chaleur. Métabolisme basal: + 62 %. Diarrhée. Céphalée. Polyphagie. Pouls: 115.

Examen psychique. — Tempérament nerveux et émotif depuis l'enfance. D'une manière générale, pas d'élan affectif, de don de soi. Nature plutôt renfermée. Reste à la maison. N'a pas de camarades. Joue avec ses sœurs qu'elle dispute fréquemment. Se marie à 27 ans. Après son mariage, assez souvent crises de colère. Cependant, par la suite, la malade « appréciant la bonté de son

mari, s'efforce de ne pas le contrarier, ni le brusquer ». Elle dit en outre : « je restais chez moi, ne fréquentant personne ». Elle a cependant une amie d'élection avec qui elle s'entend bien. Elle a désiré la maternité qui a comblé ses vœux et lui a donné de grandes joies. « Si je n'avais pas mon enfant, je n'aurais pas eu le courage de vivre; si je me fais soigner c'est pour ma fille; je me serais, autrement, laissé aller... »

Nous avons affaire, ici, à un sujet différent du précédent. Le fond mental est moins irradiant; il est presque subnormal. L'alternance affective est absente. La forme psychopathique se traduit sous l'aspect d'une mélancolie dépressive. Pas d'excitation, pas d'hypomanie.

Voici une autre malade, qui avait l'idée fixe du suicide. Une intervention opératoire lui a redonné le goût de la vie.

OBSERVATION III

Mme S. R..., âgée de 30 ans. Pas de goitre dans la famille. Réglée à 16 ans. Amaigrissement: 17 kilogs. Pouls: 140; tremblement des mains. Polyphagie; polydipsie. Métabolisme basal : + 85 %. Diarrhée profuse. Œdème des membres inférieurs. Signes oculaires: exophtalmie bi-latérale assez légère. Pas de Mœbius; pas de Graefe. Pas de Chwostek.

Examen psychique. — Nature douce, affectueuse; s'entend fort bien avec toutes ses petites camarades pendant son enfance. Très attachée à ses parents. Adolescence sans incident. En 1940, le caractère devient irritable. Son entourage le lui fait remarquer. Son mari, dit-elle, « fait les frais de ses colères ». La présence de son bébé ne réussit pas à la calmer. Elle est encline à la mélancolie « voit tout en noir », prend tout au tragique. Dans le métro elle n'aime pas qu'on la regarde. La mélancolie aboutit très vite à l'idée de la mort. « J'étais attirée par l'eau, je pensais toujours à l'eau » (une de ses tantes s'est suicidée en se jetant dans le canal de l'Orne).

La pensée de son enfant la retient; elle n'ose exécuter son projet.

D'autres inclinations, plus idéalisées, moins directement liées aux tendances profondes de l'être sont parfois perçues au milieu des contradictions affectives.

En voici un exemple :

OBSERVATION IV

Mlle G..., 21 ans. Goitre léger, diffus. Réglee à 14 ans. Pas de dysménorrhée. Amaigrissement: 15 kilogs. Tachycardie. Palpitations. Pouls: 95 à 100. Tremblement des mains. Hyperthermie: $T = 38^{\circ}$. Regard fixe. Très légère exophtalmie bilatérale. Métabolisme basal = $\mp 50\%$. Polyphagie. Pas de Möbius. Pas de Graefe.

Examen psychique. — Nature affective et impressionnable. Enfance sans épisode pathologique. Dans l'adolescence, quelques accès de nervosisme avec pleurs. Aucune tendance à la mélancolie. Pas d'égoïsme. Nature irradiante. Elle se qualifie de « sentimentale ». Depuis la maladie, elle devient « coléreuse », se tourne contre sa mère (pour qui, à son dire, elle a une véritable adoration), la dispute, lui dit des mots vifs, les regrette ensuite et fond en larmes. Elle souffre beaucoup de ses accès d'humeur, mais ne peut dominer son nervosisme. « Il y a quelque chose en moi qui me bouscule; cela me prend par crises. » Elle est obligée dès le début de sa maladie de quitter son emploi. Elle est très déprimée. Une chose la soutient cependant et parfois l'exalte: le besoin de « croire ». Elle a une foi religieuse très vive. Elle nous confie: « La religion catholique m'a donné de grandes joies et de grandes consolations dans ma détresse. »

En somme chez cette jeune personne affectueuse, intelligente et de constitution psychique normale, la maladie provoque des réactions affectives exaltantes qui dominent l'instabilité basedowienne.

De toutes ces observations et de bien d'autres, que nous ne pouvons toutes rapporter ici, se dégage une idée très importante: c'est que la forme affective réactionnelle du

sujet est en relation étroite avec son fond mental, ses prédispositions constitutionnelles. Ceci, nous le verrons par la suite, est capital pour le diagnostic étiologique ou différentiel des psychopathies du Basedow.

b) *Le basedowien, ses proches et ses amis.* PENDE, nous l'avons vu, souligne l'attitude hostile des malades à l'égard de leurs parents ou de leurs amis. Ceci est d'observation presque banale. Il est rare que le basedowien échappe à cette disposition morbide. Fort heureusement, la guérison de son mal lui rend une humeur plus joyeuse et fait évanouir sa « perpétuelle colère » (TROUSSEAU). WELTI, non sans humour, déclare: « Dans le vrai Basedow, l'opération arrange tout, il n'y a pas de divorce! »

Car c'est surtout dans les rapports conjugaux que la vie devient intenable. Nous avons eu quelques confidences de nos malades (il s'agit, on le sait, le plus souvent de femmes). On nous excusera de dire que nous avons poussé plus loin l'enquête en interrogeant aussi les conjoints!

Voici quelques observations sur ce sujet :

OBSERVATION V

Mme M..., 39 ans. Goitre diffus. Régée à 14 ans.. Pas de dysménorrhée. Amaigrissement : 17 kilogs. Tachycardie. Palpitations. Pouls: 180. Diarrhée (8 selles par jour). Hyperthermie (38°). Polyphagie. Polydipsie. Insomnie. Œdème des membres inférieurs. Pas d'exophtalmie. Regard brillant. Métabolisme basal: + 27 %.

Examen psychique. — Enfance nerveuse. Caractère gai, expansif, affectueux. Mariée à 17 ans. S'entend très bien avec son mari. Celui-ci « l'entoure d'affection ». Donc entente complète et, dit-elle, à « tous points de vue ». A l'époque de sa maladie, elle sent un besoin d'isolement. Elle n'a plus le goût de sortir, de voir ses amis. Elle se sent très déprimée. Elle a, par intermittence, des crises de mélancolie. « Moi qui n'avais jamais été mélancolique, je

me sentais toute drôle. Je n'étais plus aussi gaie. Je me dégoûtais de tout. Je m'énervais toute seule. » Son mari et sa fille s'aperçoivent de ce changement, s'en étonnent, lui disent qu'elle n'est plus gaie comme auparavant. Elle s'irrite de ces remarques, se rebiffe et « lance des mots blessants et même injurieux. » La vie conjugale devient rapidement intenable malgré les interventions de la jeune fille. On fait subir à la malade un traitement iodé. Pas d'amélioration. On décide alors l'opération. Dès le premier temps opératoire une rémission très grande est survenue. Le poulx, de 180, est tombé à 120, puis à 90. Les palpitations ont disparu; le sommeil est revenu. On a noté une reprise de poids de 11 kilogs. La malade est plus calmée. Elle a parfois encore quelques crises d'énervement, vite passées. La vie conjugale, au dire du mari, est redevenue paisible et agréable. L'amélioration s'est encore poursuivie après le deuxième temps opératoire.

OBSERVATION VI

Mme H..., 37 ans; goitre diffus. Régée à 15 ans. Pas de dysménorrhée. La mère a eu un goitre à 40 ans. Fils de 16 ans (B. P.)

Amaigrissement: 19 kgs. Poulx: 90 à 100. Métabolisme basal: + 38 %. Tremblements nerveux légers. Œdème des membres inférieurs. Hyperthermie. Regard fixe et brillant. Pas d'exophtalmie. Diarrhée (7 selles par jour). Depuis la maladie: aménorrhée.

Examen psychique. — Avant la maladie Mme H. était de nature plutôt calme. Depuis les premiers symptômes (le cou avait légèrement grossi) elle est devenu irritable et fantasque. Elle ne peut plus voir personne. « Je me mettais en colère 8 ou 10 fois par jour; chaque fois qu'on m'adressait la parole je me mettais en boule. » Le mari constate le changement; il trouve sa femme insupportable. Son fils, âgé de 16 ans, lui dit un jour: « Je sais que tu es malade, autrement je serais désolé d'avoir une maman aussi méchante. » L'irritabilité n'est jamais entrecoupée de crises de larmes. Il n'existe pas de mélancolie franche. La malade n'a plus de réactions affectives profondes. Elle s'en rend compte par cet épisode qui l'a frappée: « Quand je lisais un roman, je m'attendrissais, j'étais remuée. En août 1941 on m'a prêté un livre dont le récit était assez triste; il m'a laissée indifférente. »

OBSERVATION VII

Mme F..., 47 ans. Goître diffus, pulsatile. Exophtalmie bilatérale. Amaigrissement: 16 kilogs. Pouls: 120. Palpitations. Bouffées de chaleur. Tremblements des mains. Polyphagie. Métabolisme basal : — 62 %. Pas de Moebius. Léger signe de Graefe. Réglée à 11 ans et demi. Pas de goitre dans la famille.

Examen psychique. — Pas de nervosisme, ni dans l'enfance, ni dans l'adolescence. Nature affectueuse et expansive. Réglée tôt : à 11 ans et demi. Pas de dysménorrhées. Pas de maladie infectieuse. Elle se marie à vingt ans. Très heureuse dans la vie conjugale et son mari également. Le tableau change brusquement dès le début de la maladie. Mme F... devient irritable, s'agite en vain et tombe de lassitude. Elle a de fréquentes crises de larmes et même plusieurs fois par jour. La présence de son mari lui devient insupportable. Ses voisins la trouvent méchante. Elle leur dit des sottises dont elle ne se souvient du reste pas. Le mari « la trouve exécrable » et lui dit un jour: « Si tu continues à me faire mener cette vie-là, je me suiciderai. » Tous les êtres qui lui étaient chers lui deviennent odieux. Ses amis sont, du reste, indulgents car ils comprennent son état. Elles les a rencontrés depuis sa guérison et ils lui ont déclaré : « Vous êtes transformée. » Nous avons revu la malade depuis sa convalescence. Elle nous a paru calme; l'expression du visage est détendue, souriante; les gestes ne sont pas saccadés; le débit oratoire n'est pas heurté. Le mari nous a lui-même déclaré : « Ce n'est plus la même femme; je suis enfin de nouveau heureux. »

OBSERVATION VIII

Mme L., 29 ans. Goître diffus. Amaigrissement: 17 kilogs. Pouls: 125. Palpitations. Tachycardie. Bouffées de chaleur. Polyphagie. Diarrhée profuse. Métabolisme basal: + 37 %. Exophtalmie légère, bilatérale. Pas de Moebius. Pas de Graefe et de Chvostek. Aménorrhée. Atrophie mammaire. Œdème des membres inférieurs.

Examen psychique. — Enfance sans maladies. Nature impressionnable, tendre. Aimait beaucoup les siens. Mariée à 24 ans.

Affection réciproque. Une fillette naît en 1939. Quelques mois après le Basedow se déclare. La malade a conscience de devenir plus instable, plus mobile et plus « hargneuse ». Elle a de fréquentes discussions avec son mari qui lui reproche « d'avoir mauvais caractère ». Elle est fatiguée et déprimée. Pendant les crises dépressives elle fixe les objets assez longtemps, sans les voir; « elle a le regard dans le vide et pense à la mort ». Tout effort lui cause énormément de peine. Elle se met à l'ouvrage lorsqu'elle pense à son bébé qui est auprès d'elle. Mais elle se sent brisée peu après et elle a une crise de larmes en s'écriant : « Je ne guérirai pas, je veux mourir. ».

La malade a suivi un traitement iodé et a subi une thyroïdectomie subtotale. Nous notons :

Après le premier temps opératoire: (exérèse subtotale du lobe droit). On perçoit un lobe gauche dur et hyperplasié. La tachycardie a presque disparu. Pouls: 80; T. A. 12/8. Pas d'exophtalmie. Poids: 54 kilogs (reprise de 7 kilogs). Pas de bouffées de chaleur. Toujours de l'œdème des membres inférieurs. Plus de diarrhée. Pas d'atrophie mammaire. Règles revenues. Métabolisme basal: + 13 %.

Les symptômes ont encore rétrocedé après le deuxième temps opératoire. Nous avons revu la malade fin mars 1942 ainsi que son mari.

Déclaration de M. L... (mari de la malade). « Deux années après mon mariage j'ai constaté un changement d'humeur assez brusque chez ma femme (en 1939). Ces altérations du caractère se manifestaient par des crises de larmes, des accès de colère, du reste sans gravité et sans durée. J'interrogeais ma femme qui ne savait que me répondre ou ne me donnait aucune explication valable. Ces sautes d'humeur m'ont vivement frappé. J'incriminais un état de fatigue persistant. Pendant quelques mois j'ai supporté cette irritabilité qui m'affligeait beaucoup. Après ma démobilisation, j'ai constaté que ces symptômes s'étaient aggravés. L'irritabilité était plus grande, les crises de larmes plus fréquentes. Comme je ne comprenais pas, je traitais ma femme de « ridicule ». Ce n'est qu'après l'opération que j'ai constaté une nette amélioration du caractère. Ma femme a plutôt tendance à être gaie. Les crises de

larmes ont complètement disparu. Elle fait le travail du ménage avec beaucoup de courage, se fatigue bien moins à la tâche, ne s'arrête plus brusquement de travailler, comme avant. Elle n'est plus mélancolique et elle a repris du goût à la vie. Enfin, je dois vous signaler que j'avais constaté une certaine frigidité chez elle. Je lui en avais fait la remarque. Elle mettait cela sur le compte de la fatigue. Les rapports sexuels semblaient la laisser indifférente. J'avais 28 ans, elle en avait 26. Je trouvais la situation assez bizarre. Après la naissance de notre fillette il n'y eut pas de changement très appréciable. Ce n'est qu'après la première opération que j'ai constaté chez elle plus d'attrait pour l'acte sexuel. Et maintenant tout s'est amélioré dans le sens que je désirais. Je suis très satisfait et l'existence est complètement transformée. »

Les cas que nous venons de voir ne sont certes pas exceptionnels. Leur fréquence en est banale. Citons encore cet exemple, non dépourvu d'épisodes pittoresques !

Il s'agit de Mme L... (v. Observation I), qui présente une exophtalmie assez prononcée. Lorsqu'elle regarde ses proches, avec ses yeux brillants et fixes, elle les épouvante. Sa fille lui dit : « Ne fais pas de si grands yeux. » A quoi la malade réplique : « Je ne puis faire mes yeux différemment qu'ils sont ; je suis bien malheureuse, je préfère mourir. » Et elle éclate en sanglots. A plusieurs reprises, elle dit à son mari : « Je vais mourir, je le sens bien, remarie-toi, remarie-toi ! » Et elle s'enfuit hors de la maison.

Le dimanche, étant très pieuse, elle va à l'église. Elle entre à pas de loup, évite d'aller s'asseoir sur sa chaise, au transept, et reste toute pelotonnée sur un banc près de la porte, afin qu'on ne puisse la remarquer. Au moment du sermon, lorsque le doyen monte en chaire, elle se sent soudain oppressée, elle a des bouffées de chaleur, d'horribles palpitations, des étouffements. Elle ressent un tremblement intérieur. Dès l'instant où le prêtre prend la parole, elle essaye de l'écouter, mais elle est soudain prise d'épouvante et s'enfuit hors de l'église. Elle reste sous le porche quelques instants, le regard perdu dans une sorte de rêve, et rentre précipitamment chez elle. Elle retourne néanmoins à l'office le dimanche suivant et recommence le même manège.

Elle manifeste parfois de l'agoraphobie. Elle s'isole des siens, a peur de traverser les rues, évite les passants et s'en va dans la campagne. Bientôt elle est fatiguée; son pas n'est plus sûr (« Je marchais de travers »). Elle est alors au supplice si elle rencontre quelqu'un. Car on la prend pour une femme ivre et cela lui revient aux oreilles le lendemain. « On me prenait pour une buveuse. » Elle a une phobie irrésistible pour le bruit des sirènes. Pourtant elle a vu deux guerres et le souligne. Pendant l'exode elle est restée quelque temps à Ruffec. Elle était à la torture quand elle entendait une sirène d'usine. A Paris, il y a quelque temps, à l'occasion d'une alerte, elle a perçu le bruit « maudit ». Elle s'est précipitée en chemise dans les escaliers de la clinique.

B. — BASEDOW ET VIE INTELLECTUELLE

L'instabilité se manifeste non seulement dans les états affectifs, mais également dans les processus intellectuels. Il existe une mobilité et une discontinuité de pensée, une sorte de bousculade des idées ou des images que RUSSEL et REYNOLDS appellent « chorée mentale ». Dans un article fort intéressant SAINTON décrit ce phénomène avec précision et finesse : « Le basedowien ne présente pas une hyperactivité simple, mais une hyperactivité dérégulée. Il est loquace, veut par exemple avoir compris une phrase avant qu'elle soit émise; l'association des idées se fait chez lui d'une façon désordonnée, entraînant souvent un manque de suite dans ses propos. Le manque de fixation des idées chez un tel sujet tient à la rapidité avec laquelle elles se pressent. L'hyperémotivité joue également une part importante dans le manque de fixation des idées : à chaque instant sans la moindre excitation extérieure, sans le moindre incident intercurrent, il donne pour ainsi dire « un croc-en-jambe » à son idée actuelle — pour lui substituer une autre préoccupation (1). »

(1) P. SAINTON : « Les psychoses des thyroïdiens ». Op. cit., p. 346 et sqq.

Nous essayerons de préciser, comme pour les états affectifs, de quelle nature sont les troubles relatifs aux diverses opérations de l'esprit.

a) *Perception*. — On note assez rarement des troubles perceptifs, sauf dans les formes prononcées ou graves de Basedow, comme par exemple dans les cas de délire ou de subdélire. Certains malades signalent cependant quelques troubles visuels, comme un brouillard ou un voile, sans que la vue soit considérablement atteinte. Nous n'avons jamais eu à noter de cas d'amaurose. Elle est certainement fort rare.

Les malades nous font part également de quelques troubles auditifs, tels que bourdonnements d'oreille, acouphènes, qu'accompagnent souvent des céphalées plus ou moins intenses. Tous ces phénomènes sont vraisemblablement d'origine vasculo-nerveuse, en relation avec une hyperexcitation du système végétatif.

b) *Mémoire et attention*. — Les troubles de la mémoire sont pour ainsi dire la règle. Tous nos malades nous ont déclaré qu'ils avaient surtout des troubles de fixation des idées ou des images. Tout semble fuir désespérément dans leur esprit, tout y est sans lien ou sans durée.

OBSERVATION IX

Voici par exemple une jeune femme, Mlle M..., 33 ans, goitre diffus. Exophtalmie légère. Poids : augmentation de 10 kilogs depuis les premiers symptômes (Basedow mixte). Bouffées de chaleur. Palpitations. Tremblement des mains. Peau chaude et moite. Diarrhée (4 à 5 selles par jour). Polyphagie. Polydipsie. Céphalées. Pas de Mœbius, ni de Graefe. Léger œdème palpébral. Métabolisme basal : + 23 %. Pouls : 120 à 150. Sujette aux amygdalites. Opérée d'un abcès en 1938.

Examen psychique. — Intelligente, assez cultivée. Elle travaillait dans une banque : « J'ai toujours eu une grande mémoire : vivacité dans la fixation ; fidélité pour retenir. On m'en a toujours fait la remarque. Il en était de même pour mon attention.

J'accomplissais mon travail avec minutie et avec joie. J'ai toujours aimé les chiffres. Depuis trois ans, j'ai constaté une altération profonde de mes facultés intellectuelles. Auparavant, je faisais toutes mes opérations bancaires de mémoire. Depuis le début de ma maladie, je suis obligée de noter soigneusement tout ce que je dois faire. J'éprouve la plus grande difficulté à me remémorer les chiffres ou les opérations financières. Il y a, de même, une défaillance de mon attention; j'ai progressivement pris mon métier en dégoût, tandis qu'auparavant je l'aimais beaucoup: je suis employée dans la même maison depuis 18 ans. Je me suis rendue compte, avec effroi, que je devenais étourdie; j'ai quitté ma banque. J'ai beaucoup souffert. »

Voici une autre malade, capable également de s'analyser et qui fut naguère élève d'un lycée parisien :

OBSERVATION X

Mlle G. M..., 40 ans; goitre pulsatile diffus. Exophtalmie bilatérale légère. Signe de Mœbius bilatéral (léger). Léger signe de Dalrympe. Pas de Graefe. Palpitations. Bouffées de chaleur. Tachycardie. Pouls : 100 à 120. Tremblements nerveux des mains. Amaigrissement considérable: 35 kilogs. Polyphagie. Polydipsie. Diarrhée profuse (4 à 5 selles). Céphalées rebelles. Nervosisme accentué, Métabolisme basal : le 5 février 1942 : 88 %, le 12 février : 72 %. Atrophie mammaire. Aménorrhée.

Examen psychique. — ... « Dans mon enfance et dans l'adolescence, j'avais une mémoire assez prompte et de rapide fixation, mais cependant assez fugace au point de vue conservation dans le temps. J'ai toujours eu un défaut d'attention soutenue et volontaire. Je m'attachais surtout à ce qui présentait un certain attrait pour moi. Mon éducation y est peut-être pour quelque chose, car j'ai été une enfant gâtée à qui l'on passait toutes les fantaisies. Depuis la maladie, ces défauts se sont aggravés. Il m'est impossible de faire attention à quoi que ce soit; je ne puis rien fixer dans mon esprit, et de plus tout m'irrite et me déplaît... »

c) *Association des idées et jugement.* — Il est rare de constater chez les malades ce qu'on peut appeler : temps d'arrêt ou de réflexion. Dès que vous les questionnez et que vous essayez d'obtenir d'eux une pensée suivie, vous sentez vite qu'ils vous échappent, soit qu'ils oublient la question posée, soit qu'ils y associent instantanément une foule d'idées ou d'images assez disparates. Il faut constamment les « remettre en selle », redresser une pensée qui s'éparpille, les guider comme par la main pour éviter de nombreux faux pas. C'est dire que l'interrogatoire du basedowien est extrêmement difficile et qu'il est entrecoupé de nombreux : « Attendez, n'allez pas si vite » ou « revenons, si vous le voulez, à ce point intéressant » ou encore « reposez-vous un peu » ! Il faut donc une grande patience et une grande compréhension du malade (nous dirions même : sympathie) pour ne pas se décourager très tôt et rompre l'entretien.

Mlle M... (v. Observation X) a, depuis l'adolescence, la fâcheuse tendance à opérer des rapprochements de faits ou d'idées trop arbitraires, trop rapides. Elle commettait « trop de fautes de jugement, souvent par étourderie ou précipitation ». Elle s'en rendait compte après coup, car elle sait réfléchir, et en éprouvait beaucoup de déception. Comme elle est intelligente et volontaire, elle a fait un effort, au sortir de l'adolescence, pour modifier, sur ce point particulier, les impulsions de son caractère et elle est arrivée à atténuer son défaut de jugement. Depuis sa maladie, elle a conscience que tout a empiré; son esprit ne peut plus se tendre pour la réflexion. « Je sens que mon raisonnement n'est pas net; je ne peux plus diriger ma pensée; il y a des changements brusques dans mon esprit, tout s'y embrouille, tout se suit, rien ne se fixe. Depuis que je suis au repos, tout cela s'est un peu amélioré; j'ai moins de mobilité d'esprit, mais je suis incapable de faire un effort de mémoire... »

d) *Le débit oratoire.* — Il est, au plus haut point, indicatif de la maladie. Nous notons, dans le Basedow typique, de la logorrhée dans 90 % des cas. Il y faut cepen-

dant une condition essentielle: la confiance des malades à l'égard du praticien. On doit donc les aborder avec douceur, aménité, éviter de les brusquer (il y a parfois de véritables crises émotives) et user de persuasion. Les malades sont alors intarissables sur les manifestations de leurs symptômes. Ce qui frappe l'auditeur, c'est non seulement le luxe des détails qu'ils fournissent, mais la lucidité avec laquelle ils les décrivent. Il y a, on le sent nettement, un « coup de fouet » de l'intelligence qui, chez les sujets prédisposés à l'exercice de la pensée, est à l'origine de certaines analyses fines et de très intéressantes indications.

C. — BASEDOW ET ACTIVITÉ

On retrouve chez beaucoup de basedowiens, un perpétuel besoin d'agir, ou pour mieux dire, de s'agiter. En effet leur activité tombe à plat, et aboutit souvent à la prostration. Ce sont, au plus haut point, des velléitaires. L'action est, chez eux, de nature explosive. Tout élan est brisé dès qu'il prend forme.

Mlle M..., dont nous avons déjà parlé, éprouvait une joie intense à prendre des initiatives, lorsqu'elle dirigeait sa maison de couture. Une constante activité donnait le ton à son existence; elle goûtait le charme de l'effort renouvelé. La maladie a tout anéanti de ces dispositions heureuses. « Je n'ai plus maintenant que des soubresauts; ma volonté est incapable de surmonter des défaillances; je veux agir et ne puis le faire. Quel chagrin pour moi! Et quel désir de reprendre ma belle activité de naguère!.... »

A l'opposé de ces velléitaires, que nous notons dans 60 % des cas observés, nous avons parfois affaire à des phobiques de l'action. Ces malades fuient systématiquement toute activité utile ou délassante; tout effort les attriste ou les rend coléreux.

Mme L... (v. Observation VIII) nous déclare, par exemple :

« J'étais très déprimée et ne me sentais aucune force. Il me fallait un rude courage pour entreprendre quoi que ce fût. Tout effort me coûtait énormément. La vue de mon bébé me stimulait. Mais je me sentais rompue, brisée après chaque effort et j'avais une crise de larmes. Je m'écriais alors: « Je veux mourir! ». »

OBSERVATION XI

Mlle B..., 32 ans, a toujours été habituée au rude travail des champs. Sa famille dirige une exploitation agricole. Avant son Basedow, elle était « vive, prompte, très active, la « cheville ouvrière » de la ferme. La maladie « l'a, dit-elle, accablée ». Elle ne peut voir un instrument de travail sans éprouver une sourde colère, parfois même elle le jette au loin ou le brise. « Il n'y a personne comme moi, ajoute-t-elle; je ne suis pourtant pas folle, mais bien troublée. »

Et voici une malade plus complexe, qui s'agite bien inutilement:

OBSERVATION XII

Mme S..., 56 ans, éprouve un grand besoin d'activité. Elle ne peut rester en place. Elle veut assurément bien travailler, mais n'arrive jamais à faire son ouvrage. Elle va, par exemple, s'occuper de son jardin; mais quelques minutes après, elle revient précipitamment à la maison. Elle est déprimée, découragée. L'instant suivant, elle se décide à faire un travail de couture. Mais elle abandonne vite l'aiguille. Elle se met alors à tricoter, mais, nouvelle Pénélope, défait son ouvrage. Stupéfaite et découragée, elle éclate en sanglots.

Nous venons de passer en revue les divers troubles psychiques du Basedow dans ses formes habituelles, qui sont, en somme, assez bénignes. Il est cependant des cas où les altérations du psychisme sont plus graves: ce sont les formes délirantes, qui paraissent correspondre à des poussées toxiques aiguës ou suraiguës, et qui peuvent se terminer par la mort. Examinons-les rapidement.

D. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES CRISES AIGUES DE THYRÉOTOXICOSE

Nous pouvons distinguer une forme délirante épisodique, avec rémission, et une forme progressive avec perte totale de la conscience dans le « coma basedowien ».

1° *Le délire basedowien.* — Nous citerons le cas d'une malade, opérée par WELTI, et qui a fait une crise thyrotoxique, apparue dans la période pré-opératoire. Il s'agit de Mlle R..., 51 ans. Cette malade, très intelligente et très cultivée, a pu reconstituer et décrire, après coup, les divers épisodes délirants qui ont accompagné la poussée de thyrotoxicose. Le document est assez curieux :

« Très souvent, j'avais la conviction que quelqu'un était à côté de moi, dans mon lit, et que je me mettais au bord pour lui laisser une place. Un soir qu'on me remettait dans le milieu du lit, j'ai répondu : « Ah! je couche donc toute seule cette nuit? »

Une autre fois, la malade fait un autre délire aigu, pendant la nuit :

« Une nuit, j'appelle l'infirmière très vite et je lui dis : « Ne croyez pas que c'est un rêve, c'est la réalité. »

« J'avais un bureau d'habillement, six Algériens à vêtir. Cinq sont habillés. Le sixième était là, couché sur la banquette. Sa manche et son dos de chemise étaient tout mouillés; j'ai voulu lui trouver une chemise; pendant ce temps, il s'est sauvé. « Rattrapez-le : j'en suis responsable. Mais courez donc après! » L'infirmière tâte ma manche de chemise. Elle était trempée. J'avais fait basculer ma carafe en buvant. Et c'est moi qu'on a changé. Le délire a cessé... »

Voici un autre délire que la malade intitule : « délire de jour ».

« Le lendemain de mon arrivée à la clinique, un dimanche après-midi, je crois voir mes amis de Toul assis dans ma chambre, au pied de mon lit. Mon amie me dit : « Je me fais opérer

demain matin. » Le lendemain matin, je demande à l'infirmière des nouvelles de l'opérée. Elle me répond qu'elle va très bien. J'attendais ou sa fille ou son mari pour avoir plus de renseignements. Personne ne vint dans la journée. Le lendemain et le surlendemain, personne encore. Le doute, alors, me saisit. J'avais cru voir arriver également une voiture chargée de meubles. Mes amis avaient loué des chambres vides à la clinique, pour sûr. Des ordonnances les accompagnaient, qui devaient aussi, je crois, se faire opérer. Doutes... Certitudes... Le quatrième jour, j'écris au docteur et lui demande le numéro de leur chambre. Il me répond : « Je n'ai pas ce nom à la clinique. Vous avez dû encore avoir du délire. » A ce mot, j'ai compris mon état d'esprit et cette impatience qui m'avait tenue quatre jours durant. Si je n'avais rien dit au docteur, je ne sais combien de temps ce délire aurait duré, et s'il se serait usé de lui-même par le triomphe du doute. »

Mlle R..., qui s'est véritablement passionnée pour son cas, a essayé elle-même de définir la nature de ces délires qu'elle avait vécus avec intensité. Ses remarques sont pleines de finesse. Nous les reproduisons, à titre documentaire :

« Délires du Basedow »

« Le délire du Basedow est un état d'esprit morbide qui fait voir, entendre des choses inexistantes auxquelles on croit et qui se substitue à l'état d'esprit normal sans qu'on s'en aperçoive, sans qu'on puisse dater son apparition ou l'expliquer. Ce délire est simple. Il n'est fait que d'une idée, d'un tableau, d'une vision. Au contraire du rêve, pas d'évolution, d'épisodes ou de transformations abracadabrantes. Il dure jusqu'à ce que quelqu'un en qui l'on a confiance vous remette la vérité sous les yeux (plusieurs jours quelquefois). *Alors on se trouve heureux de voir que le léger doute qu'on avait — petite parcelle sauvée de sa lucidité — était tout de même un gage que la raison vivait encore* (1). Mais on ne trouve ce doute que dans le délire de jour, le plus durable. Le

(1) C'est nous qui soulignons.

délire de nuit n'a aucune surveillance de la raison. Il est total. Il cesse avec le sommeil... C'est le délire de jour qui est le plus intéressant, parce qu'on en saisit vraiment la morbidité. Le délire de nuit ne se différencie guère du rêve; il est seulement moins complexe, ne comportant généralement qu'un tableau, qu'une scène. La folie basedowienne ne doit donc être qu'un délire perpétuel, dû, non plus à l'irritation, mais à des lésions du cerveau sans doute. Les crises nerveuses doivent relever de la même cause... Toxine de l'alcool, toxine de la thyroïde ont bien quelques effets semblables.. »

Outre ces délires pré-opératoires on peut signaler certains symptômes post-opératoires avec état confusionnel et interprétation délirante. Ils ont une grande analogie avec les délires que nous venons d'analyser. Ils paraissent être également d'origine thyroétoxique. WELTI et BARUK les ont rapportés et ils écrivent à ce sujet: « On note un parallélisme entre ces deux ordres de manifestations; et le réveil d'un délire passager dans les jours qui suivent une thyroïdectomie subtotale, en même temps que survient la poussée transitoire d'hyperthyroïdie post-opératoire, est une nouvelle preuve de ce parallélisme. De même l'état confusionnel disparaît définitivement après guérison de la maladie... Cette disparition des états confusionnels démontre leur origine thyroïdienne... » (1).

2° *Le coma basedowien*. — Il est extrêmement rare. Il a été cliniquement décrit par ZONDEK: « Après une plus ou moins longue période d'excitation, la conscience s'obnubile graduellement. Une rigidité particulière se développe, entraînant la perte de l'expression de la face. Le visage prend un regard vide. Au début, les malades ne répondent aux questions qu'après quelque temps, comme si leur capacité d'association intellectuelle était gênée. Plus tard, ils perdent conscience presque complètement. L'état rap-

(1) WELTI & BARUK: « Troubles psychiques basedowiens ». Op. cit. — *Presse médicale*, Juin 38.

pelle de près la catalepsie, mais les membres ne sont pas rigides... Ce n'est que dans quelques cas que la forme comateuse vraie se développe pendant les dernières heures de la vie et amène rapidement au collapsus final (1) ».

Nous rapporterons également ces quelques lignes de SAINTON qui caractérisent des symptômes analogues: « Il y a lieu d'accorder une mention rapide à ces accidents psychiques qui accompagnent l'hyperthyroïdie aiguë dans ses formes galopantes (Ob. de CARNOT, BÉNARD, VÉRAN et RUDOLF), dans ces formes suraiguës ou aiguës, dans lesquelles l'agitation, l'excitation, un délire onirique coïncident avec une tachycardie extrême, un tremblement généralisé, un amaigrissement rapide. Un tel tableau se termine en général par la mort dans le coma (2) ».

Personnellement, sur 107 malades, nous n'avons jamais vu soit l'une soit l'autre de ces formes terminales. Il s'agit ici de cas extrêmement rares, répétons-le, et qui sont dûs, le plus souvent, à une infection intercurrente (amygdalite, bronchite, pneumonie, etc...).

III. — *DUALITES INTRA-PSYCHIQUES DANS LES FORMES TYPIQUES DU BASEDOW*

Des diverses observations cliniques que nous avons mentionnées se dégagent plusieurs idées maîtresses. Tout d'abord, l'extrême variété des formes psychopathiques basedowiennes. Il s'agit tantôt d'un état maniaque (Mme L..., Obs. I; Mlle R... (archives WELTI); tantôt de mélancolie (Mme R. L..., Obs. II; Mme M..., Obs. IV, etc.) ou encore d'une psychonévrose d'anxiété avec ou sans idée de suicide (Mme L..., Obs. VIII; Mme S. R..., Obs. III. etc...) ou des états mixtes, avec périodes d'exci-

(1) ZONDEK: « Les affections des glandes endocrines », Paris 1938, p. 188 et sqq.

(2) P. SAINTON: « Les Psychoses des thyroïdiens ». Op. cit., p. 349.

tation et de dépression (Mme L..., Obs. I.; Mlle G..., Obs. IV, etc..).

En bref, nous reconnaissons le tableau de certaines psychoses définies, où, en particulier, des phénomènes de dysthymie coexistent avec des poussées obnubilantes. Ainsi, le Basedow, et c'est une première conclusion qui s'impose, ne produit pas une forme psychopathique particulière pouvant être nosologiquement déterminée comme entité morbide. Il s'agit d'un syndrome complexe, polymorphe, qui apparaît, dans ses formes pures, sous l'aspect multiple et changeant de *psychoses d'emprunt*. Car ne nous y trompons pas. Si nous examinons de près la nature de ces psychoses basedowiennes, une chose retient assurément notre attention: c'est la parfaite lucidité avec laquelle les malades se jugent eux-mêmes. Ils sont peut-être les acteurs involontaires d'un drame, mais ce drame, ils le connaissent bien, et sinon dans sa vraie nature, du moins dans l'inconstante et décevante variété de ses épisodes. Ils sont certes « fantasques, mobiles, inégaux » (RÉGIS) mais peuvent-ils être classés parmi les aliénés ou les vrais psychopathes? La confusion des groupes ne peut plus, aujourd'hui, être permise. La thérapeutique a tranché la question en résolvant en somme un problème de causalité. — On sent bien, du reste, que c'est ici le point important du débat et qu'il s'agit dès lors tout autant de préciser les idées que de suivre les faits.

Toutes les manifestations psychopathiques des basedowiens sont, à n'en pas douter, dues à une excitation affectivo-intellectuelle ou affectivo-motrice, de caractère permanent. Il subsiste, après certains accès d'émotivité morbide, ou certains paroxysmes émotionnels, comme un trouble latent de la personnalité. Le sujet est constamment « sous pression »; et, sous l'influence d'une cause adjuvante, parfois un incident banal, il se produit comme une explosion émotive. Cette bizarrerie de la conduite a fait longtemps considérer la maladie de Basedow comme une véritable névrose à rapprocher de l'hystérie, de l'épilepsie, etc... Au début de ce siècle, et sous l'influence de RÉGIS, on s'est

orienté vers une nouvelle façon de comprendre la maladie. On a incriminé de plus en plus la fonction glandulaire. SAINTON, en 1906. PARHON (Bucarest) la même année, LAIGNEL-LAVASTINE en 1908, ont montré quel pouvait être le rôle de la sécrétion thyroïdienne dans les troubles psychiques du Basedow. Il n'est plus possible, aujourd'hui, de douter de la justesse de ces vues, la thérapeutique les ayant confirmées. Tout le problème est assurément de s'entendre sur le sens de « psychoses » du Basedow. A-t-on vraiment affaire à des *psychoses d'emprunt* ou bien à des *psychoses de fond*? Essayons de voir ce qui se cache au-dessous ou à travers les symptômes psychiques de la maladie.

A. — NATURE DE L'ÉRÉTHISME PSYCHO-BASEDOWIEN :
LE CONTRASTE CENTRO-PÉRIPHÉRIQUE

Nous savons quels sont les caractères de ce que PENDE désigne sous le nom de « tachypsychisme ». C'est une hyperémotivité, une « chorée mentale » (RUSSEL et REYNOLDS), une atteinte de l'humeur, qui alterne de la tristesse à la gaieté, et même, si l'on en croit Cecil JOLL, une tendance euphorique. Or, de tous ces troubles, les malades restent parfaitement conscients. Ils les jugent même bizarres et parfois s'en étonnent, donnant ainsi la nette impression à celui qui en poursuit l'analyse, que ces troubles sont installés à la *surface du moi* et n'atteignent pas son *fond*. Dans la psychose vraie, au contraire, le malade « joue le jeu » avec toute son âme, même, et surtout, s'il se tourne contre lui-même, comme dans certaines formes d'auto-accusation. Il n'en est pas de même du basedowien. Il y a, chez lui, un véritable malaise, une intime hostilité entre le fond constitutionnel sain et l'élément morbide et une connaissance lucide de l'aspect parasitaire de sa « psychose ». Nous avons été personnellement frappé par la concordance de certaines déclarations : plusieurs malades, dans les moments de rémission, nous faisaient part de leur affliction, jugeaient leur maladie cruelle puisqu'elle leur laisse

une claire conscience de ses méfaits. *Que conclure, dès lors, sinon à l'existence d'une dualité indéniable dans le psychisme basedowien entre ce qui est sain et ce qui est morbide ? Du pathologique plaqué sur du normal : c'est là, la forme psychopathique du Basedow.* Et la conscience claire y prédomine, apportant avec elle l'espoir d'une rémission en même temps que l'élément d'un drame. Comment expliquer, au surplus, cette bigarrure psychopathique du syndrome basedowien ? N'est-ce pas que toutes les variétés qu'on y découvre sont elles-mêmes fonction de la synthèse constitutionnelle qui, les auteurs y ont très heureusement insisté, va régler le jeu de ce clair-obscur ?

B. — LES PRÉDISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES
DU PSYCHISME BASEDOWIEN : LA NOTION DE FOND MENTAL

MARANON, dans une étude approfondie des maladies de la glande thyroïde écrit fort justement : « Selon que l'hyperfonctionnement thyroïdien affecte des sujets avec prédisposition lymphatique ou asthénique ou des sujets constitutionnellement normaux ; selon ce que sera le type de réaction du système neuro-végétatif ; selon ce que seront enfin les autres glandes endocrines qui concourent au trouble thyroïdien, ainsi le type clinique de la maladie adoptera les diverses modalités que nous offre la pratique (1) ». Nous avons essayé, dans le *Chapitre premier*, de préciser les relations étroites des glandes et du système nerveux, en particulier du système neuro-végétatif. Nous avons, d'autre part, insisté sur la solidarité interglandulaire. Il est certain qu'un lien de dépendance unit notre vie instinctive et affective avec nos sécrétions internes. Il est non moins certain que l'hormone thyroïdienne, lorsqu'elle s'augmente dans le processus général neuro-organique y provoque des troubles se répercutant sur le psychisme par des poussées confusionnelles, avec dans certains cas un délire onirique

(1) G. MARANON : « Manual de las enfermedades del tiroides », — Barcelona 1929, p. 69. (Nous traduisons.)

et une désorientation spatio-temporelle. *La nature toxique du Basedow est évidente, mais c'est en fin de compte la réaction idiosyncrasique du sujet qui donne leur allure clinique aux symptômes de la maladie.*

Déjà, SAINTON écrivait en 1906: « les idées de persécution, les idées mélancoliques peuvent se développer sous l'influence de l'intoxication endogène thyroïdienne aussi bien qu'elles seraient apparues sous l'influence de l'intoxication exogène alcoolique; dans certains cas l'intoxication n'a fait que mettre en relief ou aggraver un état latent (1) ».

PENDE parle également d'un « léger hyperthyroïdisme constitutionnel » qu'une analyse subtile peut déceler à travers les sympômes morbides de l'hyperthyroïdisme pathologique (2). Cet accord des auteurs sur l'importance des prédispositions héréditaires dans la maladie de Basedow n'a rien de surprenant. On retrouve souvent, à l'anamnèse, certains syndromes glandulaires dans l'histoire des ascendants. Il importe d'en tenir le plus grand compte dans la recherche étiologique de la maladie. Du reste, les malades peuvent nous donner de très utiles renseignements et il est nécessaire de les bien persuader qu'ils doivent ainsi concourir au progrès de la science. Voici, par exemple, ce qu'une de ses très nombreuses malades écrivait à WELTI, après sa guérison. (Mlle R...) :

« Il est certain que de 30 à 51 ans, époque de la crise, j'ai eu une période d'activité cérébrale et aussi d'exaltation intense. Je pensais avec volubilité, je lisais avec avidité tout ce que je pouvais trouver de livres d'études psychologiques, philosophiques, ou de vulgarisation médicale, tout ce qui pouvait faire reculer pour moi les limites du connu, tout ce qui éclaircissait, tant soit peu, les grands problèmes de l'existence... Je suivais les conférences; je m'intéressais avec âpreté, je m'enthousiasmais avec ardeur. *Enfin je vivais avec intensité et j'étais d'une émotivité qui avait certaine-*

(1) P. SAINTON. Op. cit. *Encéphale* 1906.

(2) PENDE: *Endocrinologia*, Op. cit. p. 161.

ment quelque chose de morbide. Je m'en rends compte maintenant (1). Parfois, je me sentais la tête pleine à éclater et les pensées, si comprimées... Et mes idées étaient d'une grande netteté... Il paraît que lorsqu'on boit un peu d'alcool, juste assez pour être excité, pas assez pour s'enivrer, il se produit une grande lucidité de l'esprit. La pensée devient claire et alerte, et puissante. Je crois que le poison thyroïdien produit sur le cerveau une action analogue à celle de l'alcool. D'ailleurs il mène au délire, à la folie basedowienne. Et par moments, je m'en sentais bien près; mais c'était surtout quand j'étais contrariée. »

Nous avons affaire ici à un syndrome en quelque sorte latent et qui s'est aggravé à la période cataméniale. Et cet exemple nous montre bien l'importance du facteur constitutionnel, du « tempérament » comme le souligne PENDE. « Les réactions fonctionnelles étant seulement l'expression objective et mesurable des processus intimes bio-chimiques de l'anabolisme et du catabolisme cellulaire, processus qui sont coordonnés avec l'équilibre humoral et neuro-endocrinien, il apparaît très rationnel et même très démontré aujourd'hui de mettre à la base des modalités réactionnelles individuelles, en d'autre mot du tempérament, la crase humorale particulière et le jeu particulier des constellations régulatrices neuro-endocriniennes de cette crase humorale. A la lumière de cette étude humorale neuro-endocrinienne le tempérament nous apparaît ainsi comme le trait d'union entre la forme et la fonction, entre le corps et l'esprit » (2).

Ainsi pourrait-on peut-être expliquer le polymorphisme psychopathique du Basedow et le fait que chez certains sujets les troubles psychiques sont plus accusés que chez d'autres, alors que les symptômes somatiques sont apparemment moins nets. Mais, ici encore, il faut tenir compte des prédispositions mentales, c'est-à-dire du *fond mental* de l'individu. Par exemple, nous pouvons observer dans

(1) C'est nous qui soulignons.

(2) N. PENDE: « Tempérament et endocrines ». Op. cit., p. 61.

les formes pures ou typiques du Basedow certaines dys-thymies qui ont une allure psychopathique très nette, comme l'atténuation ou l'abolition passagère de certains sentiments, l'indifférence, l'hostilité aux êtres chers, l'incohérence affective ou l'insensibilité morale. Il apparaît cependant qu'au-dessous de ces états morbides, coule une source d'affectivité plus pure et plus généreuse, et que les sentiments profonds ne sont pas atteints. C'est ainsi que nous avons vu certaines basedowiennes fuir leurs amis et, dans le même temps, entourer un enfant de leur tendresse. D'autres renoncer au suicide en pensant à la vie et au bonheur de leurs proches. Mais c'est dans les cas de guérison que tout paraît changer dans la personnalité du sujet, et que semble commencer chez lui, une vie nouvelle. Il est émouvant, parfois, d'assister à une véritable fête de l'esprit et du cœur, ou d'en lire, par écrit, le fidèle témoignage. Qu'est-ce que cela prouve, sinon que ce parasitisme morbide du Basedow a disparu avec sa cause, et que, dès lors, il n'avait en rien aliéné la personnalité profonde? La prédominance d'un fond mental normal nous indique bien, dans les cas de rémission, qu'on n'avait pas affaire à une véritable psychose, mais à un syndrome superficiel. La dualité psychique en clair-obscur est ainsi révélée par ce contraste du normal et du pathologique. Tel est le schéma des formes pures du Basedow. Il nous faut examiner celui des formes associées.

CHAPITRE III

DUALITES PSYCHIQUES DANS LES FORMES ATYPIQUES DU BASEDOW

Nous avons vu que, dans les formes pures du Basedow, le psychisme se présentait sous un aspect d'opposition entre un fond mental ayant conservé sa normalité et une variété de symptômes psychopathiques plus ou moins accentués. La dualité intra-psychique dans ce syndrome essentiellement polymorphe nous a révélé l'existence d'un fond mental sain, à conscience claire, projetant ses lueurs sur la trame complexe des états chaotiques psycho-basedowiens. Dans ce drame intérieur de la synthèse mentale, les associations conscientes l'emportent sur les incohérences pathologiques. En effet, dans la rémission de la maladie, les états psychopathiques parasites disparaissent progressivement. C'est, en somme, le fond mental constitutionnel qui donne le ton et l'allure aux processus évolutifs ou involutifs du syndrome.

Supposons que l'ensemble des prédispositions psychiques du sujet s'offre d'emblée comme ayant subi une altération profonde. Le tableau clinique change entièrement. Nous avons affaire alors à un Basedow qui peut se classer parmi les vraies psychoses.

Et, sans doute, est-ce cette association d'une altération psychique foncière et de symptômes basedowiens, qui est venue apporter un élément de confusion dans la nosologie

des « psychoses » du Basedow. La question est toujours débattue, et nous n'avons pas la prétention de la résoudre. Cependant, regardons-y de près.

On peut avoir affaire à divers modes d'association qu'il faut bien distinguer. Tantôt, en effet, certaines psychopathies, qui indiquent du reste parfois l'internement du malade, s'associent à un syndrome basedowien : sur une psychose de fond s'installe un Basedow. Tantôt, sur un fond mental prédisposé, un syndrome basedowien fait naître une psychose. C'est la clinique psychiatrique qui, en ces deux cas, nous donne la réponse. C'est une première sorte de psychoses associées. Il peut y en avoir d'autres. En effet, les variétés atypiques du Basedow ne sont pas, le plus souvent, aussi nettes ou aussi perceptibles. On peut se trouver en présence de cas plus douteux, où les symptômes peuvent faire illusion : par exemple dans les formes « frustes » du Basedow. Il peut s'agir même parfois de goitres non toxiques ou de faux syndromes thyroïdiens, associés à certains états neuro-psychiques morbides, et c'est alors le saut dans l'inconnu. Tout ceci montre la difficulté du problème et son importance en ce qui concerne une thérapeutique d'adéquation.

Nous examinerons la texture du psychisme dans ces formes atypiques.

I. — *PSYCHOSES ASSOCIEES A UN SYNDROME BASEDOWIEN.*

La coexistence de psychoses et d'hyperthyroïse a retenu particulièrement l'attention des auteurs, et de nombreux travaux d'analyse ou de recherche nous montrent que la pathogénie de symptômes qui s'intriquent le plus souvent les uns dans les autres, n'est pas nettement établie. On a cherché à préciser la nature de ces psychoses d'association. On a montré que, dans la plupart des cas, il s'agit d'états maniaques, mélancoliques, ou mixtes : maniaco-dépressifs,

de psycho-névrose d'anxiété, de confusion mentale, de délire paranoïaque avec idée de persécution. Dans la statistique de MASSAROTTI: 61 cas sur 97; dans celle de PARHON et OBODESCU, 91 sur 153. Dans le reste des cas, on trouve de l'hystérie, de l'épilepsie, de la démence précoce, etc. Quel rapport y a-t-il entre le trouble glandulaire et ces formes psychopathiques? On peut penser que dans certains cas il ne s'agit que d'une simple rencontre fortuite: par exemple dans le cas de paralysie générale et peut-être de démence précoce. Dans d'autres, comme ceux de l'hystérie et de l'épilepsie, la glande hyperplasiée peut contribuer à la naissance de la maladie. Elle peut jouer enfin le rôle principal dans l'origine de certaines manies et mélancolies.

D'autres statistiques (rapportées par SAINTON) nous offrent des précisions nouvelles. PHILIPS, qui a étudié 200 cas de folie en a découvert 24 où il existait des signes d'hyperplasie glandulaire. Parmi ces malades 17 présentaient une psychose maniaque dépressive ou évolutive, 4 étaient des déments précoces, 3 des paranoïaques.

En 1929, STAVERS a observé dans 6 cas une psychopathie hyperthyroïdienne avérée, réalisant un type dépressif ou maniaco-dépressif.

Enfin KARNOSCH et WILLIAMS (de Cleveland) qui ont fait des recherches portant sur 7.422 malades ont pu noter que 31 d'entre eux seulement, soit moins de $1/2\%$, présentaient des troubles d'hyperthyroïdisme. Tels sont les chiffres fournis par la clinique psychiatrique.

Depuis, du reste, assez longtemps, on a cherché à déterminer s'il existait un lien causal entre les psychoses et le dysfonctionnement glandulaire. Nous avons vu que, sous l'influence de Régis, le syndrome psychique du Basedow n'avait plus été considéré comme une psychose pure, mais comme une toxicose d'origine endocrinienne. PARHON (1906), SAINTON (1906), LAIGNEL-LAVASTINE (1908) avaient déjà mis en garde les aliénistes contre une manière trop simpliste de considérer les psychopathies basedowien-

nes. En 1910 PARHON, dans une importante étude (1) sur les psychoses dans le syndrome de Basedow, en réunissant les cas observés par lui-même et ceux publiés par d'autres observateurs trouve que sur 86 pareils cas il existait : la manie dans 23 (dont 3 avec hallucination), la mélancolie dans 16 cas (7 avec hallucination). Dans 18 cas on peut parler de la psychose maniaque dépressive (8 cas avec hallucination). Dans 10 cas (dont 4 avec hallucination) on trouve le syndrome psychasthénique (phobie, obsession). L'hystérie a été notée dans 7 cas ; la confusion mentale dans 6 cas. Dans 4 cas (dont 3 avec hallucination) on trouve un délire de persécution non systématisée : dans deux de ces 4 cas on pourrait invoquer également l'alcoolisme. Enfin on trouve deux cas associés à la paralysie générale.

L'auteur en tire les conclusions suivantes : c'est que sur 86 cas examinés, 67 peuvent être attribués aux psychoses affectives. Il pense, dès lors, qu'il est scientifiquement possible d'attribuer les troubles psychiques aux modifications fonctionnelles de la glande thyroïde. Et il note à l'appui de sa thèse que, dans la confusion mentale, par exemple, les altérations de la glande sont de règle et que par conséquent la thyroïde doit avoir, dans ce syndrome, un rôle pathogénique prédominant.

Reprenant les idées de leur maître, le Professeur PARHON (Bucarest), Mares CAHANE et Tatiana CAHANE écrivaient récemment qu'ayant examiné 30 cas de psychoses concomitantes à un Basedow (il s'agissait de manie, de psychose maniaque dépressive, de mélancolie anxieuse, etc...) ils ont noté dans 40 % des cas un hyperfonctionnement thyroïdien et de l'hyperplasie glandulaire. Ils ajoutent que cet hyperfonctionnement doit être considéré comme un facteur primordial au point de vue étio-pathogénique de ces psychoses. Et ils en tirent des conséquences au

(1) PARHON: « Recherche sur les glandes internes dans leur rapport avec la pathologie mentale ». — Bucarest 1910. Ch. *Revue de Neurologie*, 1912, p. 28.

point de vue thérapeutique, en particulier la thyroïdectomie partielle que PARHON a pratiquée depuis 1915 avec des résultats favorables. Nous verrons, par la suite, ce que nous devons penser de ces conclusions.

Pour en revenir aux idées de M. et T. CAHANE, disons qu'elles ne semblent guère aller dans le même sens que les statistiques établies par l'Horton Mental Hospital d'Epsom (Ruby Lord), citées par Cecil JOLL, desquelles il ressort que ce sont les goîtres non toxiques qui donnent le plus grand nombre d'accidents psychiques. Nous reproduisons le tableau détaillé des cas observés (1).

—	Nombre de goîtres	Types	
		Toxique	non Toxique
Déficiencia mentale.	2	0	2
Schizophrénée:			
a) Démence précoce et paranoïa.	20	4	16
b) Paraphrénie.	27	4	23
Manie dépressive :			
a) Manie.	4	0	4
b) Mélancolie.	12	4	8
Démence sénile.	5	1	4
Epilepsie :			
a) Idiopathique.	1	0	1
b) Organique.	1	0	1
Paralysie générale.	1	0	1
Psychose obsédante.	1	0	1
TOTAUX.	78	13	65

(1) Cf. P. SAINTON: « Psychoses des basedowiens ». Op. cit., p. 350.

Quoi qu'il en soit, il restera toujours l'obligation de différencier ce qui est d'origine glandulaire et ce qui est purement associatif. En 1914, ARSIMOLES et LEGRAND écrivaient que « s'il existe indéniablement des cas de simple association d'une psychose avec un goitre exophtalmique, il faut en distinguer ceux où les troubles mentaux sont sous la dépendance des altérations thyroïdiennes qui déterminent le syndrome de Basedow (1) ».

En 1922, FAUVEL, reprenant les idées que LAIGNEL-LAVASTINE avait exposées dans une conférence faite en 1921 à la Faculté de Médecine de Paris, au sujet de la fréquence des troubles thyroïdiens dans les psychoses périodiques, conclut que la psychose périodique apparaît surtout comme une cérébrotoxie d'origine thyroïdienne sur un terrain constitutionnel (2). Et il ajoute, appliquant à la glande thyroïde la métaphore de HESNARD que « souvent la dysfonction thyroïdienne joue le rôle de clef toxique qui, tournant dans la serrure constitutionnelle, ouvre la porte à la psychose (3) ». Ce sont, en somme, les idées de PARHON qui sont ici reprises, et certaines observations de PARHON et ses élèves, de BALLET et DELMAS, de BRIS-SOT, de LAIGNEL-LAVASTINE, ont apporté des résultats favorables.

Mais le problème n'est pas résolu pour autant. Il s'agit, en effet, de savoir si, même dans les cas où la symptomatologie indique une identification possible du syndrome basedowien et des psychoses nosologiquement définies, il est possible de traiter les malades comme de purs basedowiens. La question est, on le sent, capitale pour l'orientation de la thérapeutique. Examinons-là de près. Nous avons vu que le Basedow présente des états psychopathiques laissant intact le fond mental du sujet. Nous l'avons établi à l'aide

(1) ARSIMOLES & LEGRAND: « Troubles mentaux et maladie de Basedow ». — In *Annales Médico-psychologiques*, T. V, p. 167-68.

(2) FAUVEL: Thèse Paris, 1922.

(3) FAUVEL: Thèse Paris, 1922.

de nos observations cliniques. Dans la plupart des cas, au contraire, lorsqu'il s'agit d'une psychose associée à un syndrome basedowien, le fond mental est atteint. Pourra-t-on distinguer les symptômes psycho-basedowiens du fond mental pathologique? Il est des cas où c'est bien difficile. Prenons par exemple la psychose périodique. On sait que KRAEPELIN a découvert chez les malades une constitution qu'il appelle cyclothymique et qui est caractérisée par l'alternance de l'excitation mentale et de la dépression. Les sujets sont normaux dans les périodes de rémission, dans l'intervalle des crises. Au point de vue étiologique, KRAEPELIN affirme que l'hérédité joue ici un rôle prédominant (80 % des cas) (1). Au point de vue pathogénique, les avis sont partagés. Certains auteurs incriminent un trouble des phénomènes d'irrigation cérébrale (MEYNERT), ou des variations anormales du métabolisme (LANGE) ou encore certaines intoxications par dysrégulation hormonale (STRANSKY). En bref, il s'agirait d'un déséquilibre vago-sympathique entraînant certaines altérations du métabolisme, qui est lui-même sous la dépendance d'un fonctionnement endocrinien défectueux.

Nous reconnaissons là, en somme, certaines des conditions du Basedow. Et le rapprochement s'impose davantage si l'on considère les états psychiques dans la psychose et dans le syndrome. Nous notons, en effet, que les mélancoliques et les maniaques sont capables de réflexions intelligentes au cours de leurs crises. Dans leurs rémissions, « l'intelligence reparait comme le ciel bleu derrière les nuées qui le cachaient » (2). Nous notons encore le besoin d'activité, l'exaltation de l'humeur, l'instabilité du maniaque, et, malgré son exubérance, l'incapacité de tout effort suivi. Chez les mélancoliques nous constatons une phobie de l'action, la recherche de solitude, la misanthropie; une diminution de l'attention et une lenteur dans l'association des idées; une humeur triste, de l'indifférence.

(1) KRAEPELIN: « Psychiatrie », 8^e édit., Leipzig, 1909-1915.

(2) BINET & SIMON: « Année psychologique », 1910, T. XVI, p. 190.

Or, beaucoup de ces symptômes nous sont connus; nous les avons, en effet, rapportés dans nos observations. Comment pouvoir, dans ces conditions, distinguer ce qui appartient à la psychose et ce qu'apporte le Basedow, au cas où ils sont associés ? On peut incriminer l'hérédité : ceci pour la psychose. Mais il y a également, nous l'avons déjà vu, des prédispositions héréditaires dans le syndrome basedowien. Il faut donc chercher ailleurs un nouveau mode de différenciation. Et c'est peut-être ceci : dans les cas de psychose, le sujet a rarement conscience d'une domination subie, d'une force qui l'emporte. Le malade subit plus qu'il ne juge (1). C'est tout le contraire dans le Basedow, où le malade *sait* que ses états morbides qu'il ne peut certes combattre ni dominer, ne sont pas l'expression de son moi profond.

Nous sommes ainsi ramené à cette dualité que nous avons rencontrée dans les formes pures du Basedow. Mais, dans les formes associées, l'opposition est d'une autre nature. Elle se joue sur de l'automatique et du confus.

Qu'il s'agisse, en effet, d'une psychose primitive sur laquelle vient s'installer, par intercurrence, un syndrome basedowien, ou qu'il s'agisse d'une toxicose d'emblée qui révèle dans un fond constitutionnel prédisposé une forme psychopathique particulière apportant avec elle le désordre et la confusion, nous n'avons plus affaire à une dualité nettement aperçue.

La conscience claire de ce drame intérieur qui torture et bouleverse le moi du basedowien n'est ici qu'un pâle reflet. Et selon que le sujet se sentira lui-même plus ou moins dominé par sa psychose, selon le mode de réaction psychique vis-à-vis de son mal, nous pourrons observer chez lui un automatisme marqué par de *l'indifférence* comme s'il rêvait sa vie au lieu de l'orienter et de la vouloir, de l'inquiétude devant son impuissance à agir ou à réagir, ou au contraire par une *instabilité active*, un désir frénétique

(1) G. DUMAS : « Pathologie mentale ». In *Traité de Psychologie*, p. 963.

de tout réaliser, d'où l'allure précipitée de réactions incohérentes, ou le caractère impulsif des actes (1).

Ici donc la dualité profonde n'est plus en clair-obscur. Elle s'estompe, en grisaille, avec un fond plus sombre et des états périphériques plus nuancés. Elle tend à s'évanouir avec la conscience même de son mécanisme. Le malade ne s'aperçoit plus comme tel.

Nous le connaissons donc plus difficilement et l'anamnèse sera plus délicate. Il y faudra une analyse plus fine et plus serrée qui devra s'attacher à découvrir surtout les éléments prédisposants, soit ontogénétiques, soit héréditaires (2).

II. — SYMPTOMES PSYCHOPATHIQUES D'APPARENCE BASEDOWIENNE

On peut se trouver parfois en présence de certains malades pour lesquels on est enclin à poser un diagnostic de Basedow, alors qu'il n'existe pas, en réalité, de thyrotoxicose.

Il s'agit tantôt de sujets qui présentent un goitre et certains troubles nerveux et psychiques qui orientent d'emblée le diagnostic vers l'hyperthyroïdisme, ou bien des individus chez qui l'on constate une série de troubles neuro-vasculaires et de symptômes psychopathiques associés qui font pencher vers la même conclusion.

Voyons d'abord la première sorte.

a) *Troubles neuro-psychiques associés à un goitre simple.*

En de pareils cas, les malades relèvent surtout de la

(1) Cf. DELMAS : « La personnalité humaine ». — Paris 1922, p. 188 et sqq. — Cf. KRAEPELIN : « Psychiatrie ». Op. cit. 1209 et sqq.

(2) Cf. les analyses très fines de BARUK : In « Psychiatrie, médicale, physiologique et expérimentale ». Paris 1938. Surtout le chapitre sur : La vie intérieure et les psychoses.

clinique psychiatrique. On note le plus souvent de la déficience mentale, de la manie dépressive, de la schizophrénie, de l'obsession, des phénomènes hallucinatoires ou délirants. Parmi les symptômes nerveux fréquents on peut signaler des céphalées, des vertiges, des angoisses précordiales, des troubles cénesthésiques, des paresthésies, des troubles de la sensibilité générale et des sensations de tremblement intérieur.

Ces diverses manifestations psycho-somatiques peuvent faire illusion et suggérer un diagnostic d'hyperthyroïdisme. On constate, en effet, un corps thyroïde augmenté de volume et le sujet se plaint de phénomènes constrictifs à la partie antéro-inférieure du cou. Mais bien des signes caractéristiques du Basedow sont souvent absents. C'est ainsi qu'on ne constate pas d'éréthisme cardiaque ni de protrusion oculaire. Le métabolisme général n'est guère perturbé : la perspiration cutanée n'existe pas et l'hyperthermie fait défaut. La main, au lieu d'être chaude et moite est froide et présente certains troubles trophiques (acrocyanose). Il n'y a ni polyphagie, ni polydipsie, ni amaigrissement. On note quelquefois une élévation du métabolisme basal, mais on sait que celui-ci s'augmente dans certaines psychonévroses et, par conséquent, ne peut à lui seul, fournir une indication suffisante et indiscutable.

Mais un des signes distinctifs de ces formes pseudo-basedowiennes, c'est la non-concordance des phénomènes anatomo-physiologiques et neuro-psychiques. Dans le vrai Basedow, il y a un parallélisme entre l'hyperplasie glandulaire et l'installation des troubles nerveux et psychiques. Dès que le sujet « a senti son cou grossir », il a remarqué de la nervosité, des tremblements, des bouffées de chaleur, une certaine irritabilité et des changements dans le caractère. Nos observations sont là-dessus concordantes pour la presque totalité des cas.

Au contraire, dans les formes apparentes de Basedow, l'augmentation de volume du corps thyroïde date déjà de fort longtemps, et c'est bien après cette modification organique que le psychisme s'est altéré. De plus, l'apparition

de syndromes nerveux ou psychiques n'a pas été concomitante à un nouveau processus patho-glandulaire. Il ne peut donc être question, par conséquent, de dysrégulation hormonale. On doit noter enfin une différence notable dans la nature des phénomènes psychopathiques. Dans le vrai Basedow, le psychisme a, nous l'avons vu au Chapitre II, une certaine tonalité et une allure bien particulière. Dans les formes pseudo-basedowiennes, au contraire, il y a une variété disparate de symptômes. Le polymorphisme est ici tout différent de celui du Basedow, et, de plus, ne se présente pas sous l'aspect de la dualité intra-psychique particulière à cette maladie. Il s'agit le plus souvent de vraies psychoses d'emblée, de troubles constitutionnels révélant un terrain psychopathique particulier. On doit donc les différencier du vrai Basedow, pour ne pas leur appliquer une thérapeutique inadéquate qui a donné lieu parfois, lorsqu'on a pratiqué l'exérèse glandulaire, à des incidents pénibles.

b) *Troubles psychiques associés à des pseudo-symptômes somato-basedowiens.*

Dans certains cas de Basedow, l'hyperplasie du corps thyroïde est à peine décelable. On retient surtout, dans ces conditions, les autres symptômes: la tachycardie, les troubles nerveux et vasculaires, etc. Il peut arriver, inversement, que l'existence de certains de ces signes, érétisme cardiaque, tremblements, etc..., lorsqu'elle s'accompagne de modifications nerveuses ou psychiques, puisse faire soupçonner une étiologie thyroïdienne.

BARUK et WELTI (1) citent un exemple caractéristique. Il s'agit d'un malade, atteint de troubles de la cénesthésie et de l'affectivité, ainsi que de schizophrénie. Le moindre effort l'accable et provoque chez lui une tachycardie pouvant aller jusqu'à 130. Ses yeux, légèrement sail-lants, présentent une fixité du regard. On peut suspecter

(1) BARUK & WELTI: « Troubles psychiques basedowiens », Op. cit., § III.

un Basedow. Or, l'éréthisme cardiaque est, chez ce sujet, inconstant. Si le malade est seul, son pouls est normal; si quelqu'un entre brusquement dans la chambre, surtout un inconnu, le pouls s'élève à 100 et même davantage. C'est ce que BARUK appelle: *réaction de présence* (1). Il s'agit, selon lui, d'un ensemble de réactions spasmodiques et émotives et non de troubles d'origine thyroïdienne.

D'autres signes peuvent également faire illusion. On sait, par exemple, que le métabolisme basal s'élève dans certaines psychoses. Dans la manie franche, par exemple, il y a une accélération des fonctions physiologiques essentielles. Il en résulte des variations du chimisme respiratoire, ou digestif, de la fonction uréique, de l'assimilation, en bref du métabolisme tout entier. Si l'on ajoute à cela le besoin d'activité, l'éréthisme psychique, l'instabilité, qui caractérisent le maniaque, on risquera presque à coup sûr, de poser le diagnostic de Basedow. Il est des cas (schizophrénie, folie circulaire, obsession) où les signes sont tout aussi caractéristiques: tachycardie, yeux légèrement saillants, hyper sympathicotonie. On a noté encore sans certaines psycho-névroses une tendance à la polyphagie et à la polydinsie. Les malades mangent énormément et se plaignent de n'être jamais rassasiés. Il s'agit souvent de psychasthéniques (2). Or, on sait que les basedowiens, par suite d'une particulière intensité des échanges cellulaires dans leur organisme, sont également insatiables. Enfin, dans certaines toxi-infections d'origine microbienne, ou endogène, on peut avoir affaire à des symptômes d'excitation neuro-végétative d'origine émotive qui peuvent prendre une apparence basedowienne.

Il est donc indispensable de faire le départ entre les formes véritables du Basedow et les pseudo-syndromes. WELTI et BARUK disent justement: « Ces fausses appa-

(1) BARUK: « Psychiatrie », op. cit., p. 159 et p. 634. Cette réaction de présence existe du reste chez les basedowiens. — Cf. Maranon. *Manual*, op. cit., p. 89.

(2) P. JANET: « Les Névroses », Paris 1924, p. 204.

rences expliquent les termes fréquemment employés dans nombre d'états psychopathiques de « basedowisme fruste », de « syndrome thyroïdien fruste ». Il faut se méfier d'étendre ainsi à l'excès ces formes frustes. Elles sont souvent l'objet d'erreurs de diagnostic qui pourraient être la source de thérapeutiques inutiles et intempestives. En particulier, la thyroïdectomie, dans ces circonstances, ne saurait aboutir qu'à de regrettables échecs » (1).

Soulignons donc, en conclusion de ce chapitre la nécessité d'analyser de près toutes ces formes atypiques de la maladie de Basedow. On remarquera que, le plus souvent, on a affaire à des états psychopathiques oscillants, avec parfois dominance d'un fond mental pathologique qui s'assimile le syndrome basedowien, ou bien lorsque ce syndrome révèle une psychose latente, une prolifération d'états morbides s'installe autour du syndrome d'origine. De toute manière, il y a, dans la profondeur de la personnalité une conscience plus confuse, moins capable de s'orienter, une pensée *induite* en quelque sorte et qui se dégrade en automatisme, et où le pathologique étend son ombre de la périphérie au centre du moi ou inversement.

Nous essayerons de voir, dans le chapitre suivant, quelles sont les conditions possibles pour parvenir à une différenciation des états psychiques basedowiens et non basedowiens.

(1) WELTI & BARUK: « Troubles psychiques basedowiens ». Op. cit., § III.

CHAPITRE IV

LA METHODE D'INVESTIGATION DANS LE SYNDROME PSYCHO- BASEDOWIEN: LA PSYCHANAMNESE (1)

Le psychisme, dans la maladie de Basedow, prend une allure et une physionomie bien particulière, comme nous l'avons vu. On a dit avec raison que « les basedowiens ont tous un air de famille qui permet, même au point de vue psychiatrique, de les reconnaître aisément » (2). Nous avons essayé de définir d'une manière précise le caractère générique de ces états psychopathiques.

Quelques auteurs ont insisté sur la nécessité d'un examen préalable de tous les symptômes incriminés. C'est ainsi que dans son intéressant article (3), P. SAINTON concluait en disant: « Il est indispensable de pratiquer une analyse minutieuse du psychisme des malades et de faire une révision de leurs antécédents pour s'assurer de leur état mental antérieur et de leurs tares familiales ».

A cette analyse nous donnons le nom de *psychanamnèse*. Disons tout de suite qu'elle n'a rien à voir avec la

(1) Nous proposons le terme de psychanamnèse au sens classique d'*anamnèse* qui s'applique particulièrement à la psychogénèse du syndrome.

(2) WELTI & BARUK: « Troubles psychiques basedowiens ». Op. cit., § I.

(3) P. SAINTON: « Psychoses des basedowiens ». Op. cit., p. 353.

méthode psychanalytique. Celle-ci cherche surtout à découvrir dans le subconscient des individus toute une gamme de tendances dont les unes s'épanouiront à la surface du moi, tandis que les autres seront repoussées ou « refoulées ». La dualité intra-psychique du moi freudien, régie par la « censure », et que la psychanalyse cherche à faire évanouir dans une sorte de libération morale de l'être, n'est pas de même nature que la dualité intra-psychique dont nous avons à nous occuper ici. L'origine du désordre psychique n'est pas non plus semblable dans l'un ou l'autre cas.

Par contre, il y a un point commun qui rapproche les deux méthodes: c'est l'analyse introspective. Mais l'introspection que nous devons pratiquer tend à rechercher s'il existe ou non un fond mental normal, et à déterminer, le cas échéant, la forme pathologique qui s'oppose à lui. Ceci, en vue d'une thérapeutique ultérieure. La psychanalyse, au contraire, s'accorde une valeur thérapeutique intrinsèque. Nous ne pouvons, évidemment, aller si loin !

Ces considérations liminaires indiquent donc la marche à suivre. Nous allons essayer de marquer les différentes étapes de cette incursion dans le moi d'autrui.

A. — LES PRÉDISPOSITIONS ONTO ET PHYLOGÉNÉTIQUES DU SUJET

Il est assez difficile d'établir la formule glandulaire de ce complexe de tendances qui caractérise une individualité psychologique. La phylogénèse domine sans nul doute ici l'ontogénèse, et nous naissons avec un groupe de tendances congénitales, avec une hérédité affective, qui vont orienter notre conduite et que l'éducation ou le milieu ne modifieront pas dans leur structure profonde. Nous héritons la formule endocrinienne de nos parents et par conséquent leurs caractères physiques et physiologiques.

Les glandes constituent le facteur essentiel, dominant, de nos prédispositions physio-psychologiques, de notre tem-

pérament et de notre personnalité. Y a-t-il une formule endocrinienne du tempérament ?

On a essayé de classer les individus selon leurs réactions psychologiques particulières (BINET, SIMON, STERN, KRAEPELIN, etc...). On a, d'autre part, pensé qu'il fallait mettre en ligne les « fonctions affectives », si l'on voulait parvenir à une classification biologique plus exacte des caractères (LAIGNEL-LAVASTINE), ou bien encore certaines « dispositions affectivo-actives » (DELMAS et BOLL) (1).

On a essayé de déterminer la nature de quelques prédispositions héréditaires qui peuvent constituer un terrain à certaines psychoses. On a fait intervenir une déviation de certains instincts : l'instinct de conservation auquel se rattacherait la constitution paranoïaque (DUPRÉ) ; l'instinct sexuel ou social dont l'altération serait à la base des perversions ou des mythomanies ; l'instinct de combativité ou de défense qui correspondrait à la constitution émotive (DUPRÉ) ; enfin le besoin d'activité auquel on relie la constitution cyclothymique (DELMAS et BOLL) qui joue un rôle si important en clinique et qui donne le ton à d'autres psychopathies.

De même, on a voulu définir les caractères biologiques de ces constitutions psychopathiques. On a pensé à la neurotonie par l'hyperthyroïdisme dans la constitution émotive, à l'instabilité vago-sympathique par déséquilibre endocrinien dans la cyclothymie.

La vérité oblige à dire qu'on n'a pas résolu, jusqu'ici, le problème biologique de la personnalité. L'endocrinologie ouvre cependant des perspectives nouvelles et peut-être décisives pour la solution des problèmes humains.

B. — LE FOND MENTAL INDIVIDUEL ET L'INTROSPECTION

Il semble que, dans la maladie de Basedow, certaines prédispositions psychopathiques donnent la nuance affec-

(1) V. DELMAS & BOLL : « La personnalité humaine ». Paris 1922.

tive aux réactions individuelles. La disparité dans les états psychiques basedowiens est due à une diversité originelle du fond mental, et selon que ce fond est lui-même normal ou dans une sorte de latence pathologique, la physionomie symptomatologique changera d'aspect.

L'analyse introspective des symptômes devra donc tenir compte des données de l'ontogénèse et de la phylogénèse. Il faudra noter la nature du tempérament, l'évolution individuelle, l'état des endocrines, le comportement psychosocial du sujet et ses tendances profondes, et remonter jusqu'à l'hérédité.

Un telle investigation offre bien des difficultés et même des épisodes pénibles. Il y faut de la patience et du tact, une autorité bienveillante et une certaine puissance de suggestion. Combien de fois le praticien n'a-t-il pas regretté de l'avoir insuffisamment préparée ou menée, devant un échec navrant et parfois irrémédiable de sa thérapeutique ! N'ayons cure d'être indiscrets car le silence sur certaines tares que le secret professionnel voilera, peut être dangereux ou fatal. Dans le problème qui nous occupe, il s'agit de tout connaître du passé des malades et de leur ascendance. Ainsi pourra-t-on éviter de graves mécomptes.

Voici un exemple significatif. Il s'agissait d'une jeune fille, institutrice, atteinte d'un léger Basedow. WELTI hésitait à l'opérer, car il suspectait une certaine psychopathie foncière. Il l'a pendant assez longtemps mise en observation et s'est tenu dans une réserve prudente. Il nous a prié, un jour, de vouloir bien lui donner notre avis sur le psychisme de la malade. Nous rapportons l'observation.

OBSERVATION XIII

Mlle D..., 21 ans; légère hypertrophie du corps thyroïde. Nervosisme. Poussées congestives. Bouffées de chaleur. Tachycardie. Léger amaigrissement. Tremblement des mains. Pas d'exophtalmie. Les yeux sont brillants. Métabolisme basal : + 27 %. Réglée à 13 ans. Dysménorrhées. Troubles nerveux depuis plusieurs années.

Examen psychique. — La malade répond d'abord avec une

légère réticence, puis mise en confiance, elle se prête volontiers à l'interrogatoire. Elle parle avec une certaine exaltation et de l'exubérance verbale. Dans ses déclarations on distingue quelques traits dominants qu'on peut classer ainsi :

a) La malade s'accuse d'avoir un caractère fantasque, avec des bizarreries de jugement ou de conduite, des changements brusques d'humeur, sans motif le plus souvent, qui la plongent dans l'étonnement. Elle se dit irritable, et lorsqu'elle a de l'aversion contre quelqu'un, elle reste irréductible. Cette aversion est parfois soudaine, sans motif et va jusqu'au dégoût et à la fureur. Elle éprouve une répulsion violente pour son père, « c'est un dénaturé », dit-elle. Questionnée sur ce point, elle est réticente, et répond cependant : « il est détraqué, anormal, insociable ».

Autre incident, caractéristique. Elle va consulter un médecin à Nancy, pour ses troubles nerveux, qui lui inspire d'emblée une « horreur insurmontable ». Questionnée, elle répond : « il avait des mains trop grandes ».

b) La jeune fille s'accuse volontiers de certaines manies, remarquées, dit-elle, par sa mère et qui lui valurent quelques réprimandes maternelles. Par exemple : elle entre dans une grande fureur lorsqu'on déplace, même légèrement, les objets qu'elle a minutieusement rangés.

Autre manie : celle de la propreté, « il me semblait, dit-elle, que les objets que je touchais étaient toujours sales. J'éprouvais le besoin de les laver plusieurs fois ».

c) A noter également le dégoût de la jeune fille pour sa profession. Elle prend un poste d'institutrice (après avoir passé avec succès son brevet supérieur) dans un petit village de la Meuse. Elle ne s'entend avec personne, se dit avoir été l'objet de racontars, a des discussions avec des parents d'élèves, prend en haine sa classe et finit par quitter sa fonction. « On ne me comprenait pas », dit-elle.

d) A noter en dernier lieu une intéressante déclaration : « J'ai tendance à la mélancolie, par moments, j'ai le dégoût de la vie ». Lui ayant fait observer que ce ne sont pas là propos acceptables pour un être jeune, plein d'avenir et d'espoir et qui s'est, du reste, déjà promis à un autre être jeune (fiancée), elle me répond : « oui,

c'est bizarre, il y a des moments où j'ai confiance, d'autres où il me semble que je change complètement, je ne suis plus moi-même ». (Y a-t-il dans tout ceci le souvenir de lectures anciennes ? C'est possible). « Même auprès de mon fiancé, je ne suis pas heureuse. »

En définitive, il semble qu'on se trouve en face d'une *psychose constitutionnelle* dont l'étiologie paraît être d'origine héréditaire. Cette psychose se manifeste sous les formes suivantes qu'il y aurait lieu, du reste, de contrôler et d'analyser à nouveau, les aveux de la jeune fille pouvant être mis en doute, quoique portant la marque de la sincérité. Il faut penser, en effet, à une déviation paranoïaque de la personnalité, chez une personne qui s'analyse, qui est instruite, intelligente, et dont le jugement n'est pas dépourvu de finesse. Nous dégageons dans cet état psychopathique trois grands caractères :

1° Tendance *émotive*, avec idée dominante de répulsion ou de haine, sans incompatibilité avec des manifestations affectives profondes (amour profond et sincère pour sa mère).

2° Tendance *obsessionnelle*, sous forme de scrupule maniaque ou de phobie du toucher. Tout ceci avec un caractère parfaitement conscient.

3° Tendance *paranoïaque* : avec désir de s'évader du milieu social, de se désintégrer d'avec lui, de se réfugier dans une vie égocentrique.

Pour terminer, et sous réserve d'une vérification minutieuse de tous les points décrits plus haut, on a la *nette impression* de se trouver en face d'une jeune fille à structure mentale *hystériforme*, à hérédité chargée; d'une nature apparemment simple, sincère, spontanée, très lucide. Quelques mots pour tout dire: psychasthénie; intense émotivité; instabilité mentale. *Psychose constitutionnelle*.

Il n'y avait aucun doute qu'on était en présence d'un sujet à fond mental très suspect. On devait donc l'écarter de toute intervention opératoire. Et c'est ce qui fut décidé.

On se trouve parfois, par contre, en contact avec des malades psychiquement normaux mais réticents. Il faut alors une très grande patience, une sympathie persuasive qui nous donne finalement des résultats intéressants quant à l'étiologie de la maladie. Voici un cas assez curieux :

OBSERVATION XIV

M. .G. Q..., 36 ans, goitre diffus. Amaigrissement: 27 kilogs. Tachycardie. Pouls : 100. Diarrhée profuse. Hyperthermie (38°). Tremblements des mains. Exophtalmie bilatérale. Pas de Moëbius. Léger signe de Graefe. Pas de Chvostek. Métabolisme basal: + 75 %. Après traitement au Lugol: + 45 %.

Examen psychique. — Tempérament nerveux. Enfance sans maladie. Dans l'adolescence, quelques affections pulmonaires. Puberté à 13 ans. Marié à 21 ans. Hyperémotif. Hypogénital. La maladie apporte une grande perturbation psychique. La mémoire altérée; l'attention plus relâchée; le malade est enclin à la neurasthénie; il traverse une période particulièrement pénible avec des crises de larmes. Il est très déprimé, a perdu le goût de l'initiative et de l'action.

Après un premier temps opératoire. — Amélioration nette de ces symptômes. Il y a une reprise du poids (5 kilogs). Le pouls est à 85. La diarrhée a cessé. Nervosisme atténué. L'hyperémotivité n'a pas disparu. Mais le malade a plus de confiance en lui. « J'ai perdu ma place, mais j'ai confiance en l'avenir ».

Étiologie du Basedow. — Nous notons que le malade s'est beaucoup fatigué pendant sa période d'affectation spéciale en usine (1939-40). Il n'a plus de résistance musculaire. Par exemple, lorsqu'il y a un camion à décharger (il s'agit de petites caisses de 20 kilogs) tous ses camarades transportent les caisses sans effort sur leurs épaules. Le malade ne peut et fléchit sous le poids. A ajouter les fatigues de l'exode. Amaigrissement progressif. On pense à un Basedow d'origine musculaire (ou « périphérique » Zondek). Nous avons cependant des doutes, sachant le sujet très émotif. Avec persuasion, nous prions le malade de nous dire s'il n'a pas eu un choc émotif très violent. Il nous répond d'abord que la guerre l'a contrarié car il avait été mobilisé et à cette époque sa femme était enceinte. Il nous déclare ensuite: « J'ai eu une contrariété plus grande. Un jour, j'ai rencontré ma femme avec un de mes camarades. Je n'ai pu douter de la nature de leurs relations; j'en ai éprouvé un choc terrible. Le lendemain mes camarades de travail ont trouvé que mes yeux étaient très sortis. Je

leur ait dit que c'était un restant de sinusite qui avait provoqué ce phénomène. (J'avais constaté la veille en rentrant chez moi que mes yeux n'étaient pas les mêmes). Mes camarades m'ont fait des compresses froides pour faire rentrer mes yeux. Il n'y a aucun doute que c'était le choc de la veille qui avait provoqué cela. »

La déclaration de ce malade est intéressante au point de vue étiologique. Elle nous montre que, contrairement à l'opinion soutenue par quelques auteurs, un choc émotif peut déclencher une crise thyrotoxisque en même temps que de l'exophtalmie (hypersympathicotomie d'origine centrale). Il ne faut ainsi rien négliger dans l'analyse introspective des malades, et les éléments psychanamnestiques de l'investigation doivent être soigneusement recueillis et classés.

Le questionnaire doit porter, en particulier sur :

- 1° *Hérédité* } grands-parents
père, mère (et leurs frères).
- 2° *Famille* } frères. sœurs { caractère de
vie familiale { l'éducation.
- 3° *Milieu scolaire* } les camarades
le jeu
le travail intellectuel
- 4° *Vie sexuelle* } puberté, cycle œstral
caractère de la génitalité
anomalie de l'instinct
- 5° *Profession* } activité professionnelle (goût du
métier)
esprit d'équipe
- 6° *Vie conjugale* } vie sexuelle
affection conjugale
amour des enfants
- 7° *Goûts personnels* } théâtre, lectures, voyages, etc.
extériorisation ou intériorisation

C. — LES LIMITES DE L'ANALYSE INTROSPECTIVE
DANS LA PSYCHANAMNÈSE

On peut penser que l'introspection n'a qu'une portée restreinte puisqu'elle n'analyse surtout que les faits conscients et qu'elle laisse dans l'ombre les phénomènes du subconscient. Et c'est évidemment ce que le psychanalyste pourrait reprocher à cette méthode. Pour lui, en effet, l'introspection est on ne peut plus limitée et parfaitement insuffisante puisqu'elle est incapable de jeter une sonde dans les profondeurs du moi, dans la personnalité inconsciente. Or, c'est l'inconscient qui domine et dirige, insidieusement et à son insu, le conscient. Et lorsque le moi conscient s'oppose à la personnalité inconsciente, il peut en résulter un conflit dramatique qui aboutit parfois à une dissociation très nette de ces deux parties du moi : d'où l'origine de certaines psychopathies, par exemple une fuite dans un monde imaginaire (schizophrénie) avec perte de la fonction du réel.

Qu'il y ait du vrai dans cette façon de concevoir la personnalité psychologique, on peut l'accorder. Mais ce n'est pas ce conflit entre des tendances plus ou moins refoulées et ce que nous faisons connaître de nous-mêmes par notre comportement psycho-social qui peut servir à éclairer notre question. Au surplus, nous n'avons pas à faire de l'interprétation plus ou moins schématique. Nous devons plus modestement nous en tenir à une exploration plus limitée et, disons le mot, plus empirique. Qu'est-ce qui nous intéresse en somme ? C'est de parvenir, si possible, à différencier deux éléments qui s'opposent dans une même conscience : un élément sain et un élément morbide. Toute la question est donc de savoir quel élément prédomine et c'est à cela que se limite l'investigation anamnétique. S'agit-il d'une prédominance morbide ? Le diagnostic est changé du tout au tout et l'orientation thérapeutique n'est plus la même. Et, comme en la matière, il peut s'agir de chirurgie, on conçoit toute la portée du problème. C'est

donc à l'analyse intra-psychique que revient la primauté dans l'établissement du diagnostic. Nous avons tout au long de cette étude, montré combien étaient intriqués les uns dans les autres les phénomènes de pensée et les faits physiologiques, dans le fonctionnement endocrinien. Celui-ci semble tracer sous eux comme une vivante accolade. Dans la thyroétoxicose basedowienne, le poison perturbe l'organisme et trouble parallèlement la pensée. On peut affirmer sans paradoxe que la tonalité psychique dans le Basedow nous donne la vraie physionomie du mal. C'est pourquoi la portée de la psychanamnèse est, à notre sens, considérable, comme nous essayerons de le montrer dans le chapitre suivant.

CHAPITRE V

IMPORTANCE DE LA PSYCHANAMNESE EN CLINIQUE ET EN THERAPEUTIQUE VRAIS ET FAUX BASEDOWIENS

Nous avons examiné précédemment quelles étaient les diverses formes psychopathiques qui pouvaient accompagner le syndrome basedowien. Nous avons vu que leur pathogénie était parfois assez malaisée à déterminer. Rappelons brièvement leurs caractères. Il peut s'agir, on le sait, soit d'une psychose constitutionnelle sur laquelle vient se greffer un Basedow, soit d'une psychose révélée ou renforcée par le syndrome lui-même. Parfois encore on observe des troubles psychiques concomittants à de faux syndromes basedowiens et la difficulté en est accrue pour autant. Enfin l'importance des facteurs constitutionnels ne doit pas être négligée: un syndrome basedowien peut s'installer sur un terrain prédisposant. Il y a même encore un autre cas: des troubles neuro-psychiques accompagnant une toxicose adénomateuse. Voilà donc quatre grands ensembles cliniques dont il est nécessaire d'établir le diagnostic différentiel. C'est par un examen attentif de leur symptomatologie qu'on pourra distinguer les divers cas.

A. — *LA DISCRIMINATION DES SYNDROMES BASEDOWIENS PURS, DES SYNDROMES ASSOCIES ET DES PSEUDO-*

SYNDROMES: L'ORIENTATION CLINIQUE.

1° LES TESTS BIOLOGIQUES ET CLINIQUES

On a proposé pour la différenciation des formes typiques et atypiques du Basedow des tests biologiques ou cliniques. Ils sont relatifs à l'exploration fonctionnelle du corps thyroïde, en particulier à l'étude des variations de certains métabolismes, liées à un dysfonctionnement glandulaire. Tous ces tests ne sont pas indiscutables.

a) Le plus classique est celui du *métabolisme basal*. On sait que dans les formes légères d'hyperthyroïse, le métabolisme de base est augmenté de 20 à 30 % et dans les formes graves de 60 à 100 %.

La valeur de ce test est toute relative. Il faut tenir compte des erreurs de technique qui peuvent être de l'ordre de 10 %, même pour des gens exercés. Il est donc difficile de se prononcer dans les cas d'hyperthyroïse légère. Cependant, l'abaissement net et durable du métabolisme basal peut permettre d'écarter le diagnostic de maladie de Basedow. Son élévation, par contre, peut faire illusion, comme par exemple au cours de certaines psychoses. Il sera donc nécessaire de renouveler cette épreuve à quelques jours d'intervalle pour obtenir une moyenne.

b) *Indice iodémique*. — Dans la plupart des cas de Basedow, l'iodémie est au-dessus de la normale entre 30 et 60 γ par 100 cc. L'iodémie normale est de 10 à 12 γ . L'iode se présente dans le sang sous forme inorganique (soluble dans l'alcool) et organique (insoluble). Le rapport entre les deux est normalement de moitié. L'augmentation du taux dans la maladie de Basedow est dû à l'iode organique. L'iode inorganique le fait du reste baisser (solution de Lugol).

c) *Hyperglycémie provoquée*. On injecte 1 milligr. d'adrénaline par voie sous-cutanée après injection de glucose (solution à 1/10). On observe chez les hyperthyroï-

diens des réactions immédiates: tremblements, pâleur, tachycardie augmentée, angoisse et troubles intestinaux (épreuve de Goetsch).

d) *Cholestérolémie*. — Il y a dans le Basedow, hypocholestérolémie. Cependant, il est des cas où le métabolisme basal est très augmenté alors que le taux de cholestérol côtoie la normale. Il faut tenir compte surtout de fortes diminutions, avoisinant 1 gr.

e) *Dosage du glutathion*. — (RIVOIRE ET BERMOND). Ce test est assez sensible mais n'est pas *plus* positif dans les formes graves ou dans les forme légères d'hyperthyroïose. Il n'est pas quantitatif. Il est cependant à noter. On sait que le sang humain contient deux formes de glutathion: réduit et oxydé. Leur proportion est la suivante :

glutathion oxydé	1
glutathion réduit	10

tathion oxydé disparaît complètement du sang qui ne contient plus que du glutathion réduit.

f) *Réaction à l'acétonitrile*. — Après traitement par des extraits thyroïdiens, les souris deviennent moins sensibles à l'acétonitrile qui est normalement toxique pour elles (réaction de Reid Hunt).

2° LES SYNDROMES SOMATIQUES DE DISCRIMINATION: LES ERREURS POSSIBLES

a) *Goitre*. — Il faut distinguer le goitre simple du goitre toxique. *En général*, le goitre toxique est mou, assez petit, diffus, très vasculaire et pulsatile. Les gros goitres consistants et non pulsatiles sont souvent non basedowiens. Parfois on a affaire à un goitre gros, ancien, non pulsatile, présentant dans sa contexture un nodule résistant. Il s'agit le plus souvent alors d'un adénome toxique.

b) *Symptômes oculaires*. — L'exophtalmie n'existe pas

toujours. Elle est le signe caractéristique de la maladie de Basedow typique. Mais elle fait défaut dans le cas d'adénome toxique. Le regard est toujours, par contre, brillant et fixe.

c) *Symptômes cardio-vasculaires.* — La tachycardie est un signe fort important (en moyenne 120). Elle est influencée par l'émotivité. Elle est *permanente* dans le Basedow typique. On pourra donc en différencier les psycho-névroses cardiaques où la tachycardie est *inconstante*. La tension artérielle maxima est en général seule affectée dans le Basedow; la minima reste normale. Il faut également différencier les troubles rythmiques ou l'insuffisance cardiaque du Basedow et les syndromes des vraies cardiopathies. Dans le Basedow le cœur reste normal anatomiquement et fonctionnellement (rémissions post-opératoires).

d) *Symptômes nerveux.* — Le tremblement *fin* des extrémités supérieures est un bon signe de présomption. Il n'existe pas, dans le Basedow, de tremblement intentionnel.

e) *Symptômes de retentissement.* — Ils portent sur le métabolisme général. Le Basedow amène une intensification de tous les échanges cellulaires. On note en général de l'amaigrissement, de la polyurie, de la glycosurie, des sueurs profuses, de l'hyperthermie (main chaude et moite du basedowien). Il faudra savoir différencier ici le Basedow d'une tuberculose intestinale (hyperthermie et diarrhée avec amaigrissement).

3° LES SYNDROMES PSYCHIQUES ET LEUR VALEUR CLINIQUE

« Il est classique de souligner les troubles du caractère des basedowiens, leur irritabilité, leur hyperémotivité, souvent l'exaltation de leur affectivité. *Le malade reste toutefois parfaitement conscient de ses troubles* et cette conservation du jugement différencie cette perturbation psycholo-

gique de l'hyperactivité et de l'instabilité euphorique des hypomaniaques. » (1).

C'est là évidemment le trait fondamental du psychisme basedowien. Nous y avons insisté tout au long de notre Chapitre II et nous avons mis en lumière cet aspect dramatique de la vie intérieure du malade. Dualité intra-psychique, conflit du conscient et du confus, c'est toute la psychologie du Basedow. Il importe de bien la connaître pour la différencier, le cas échéant, de celle d'un névropathe. Il faut analyser le *fond mental* d'un sujet qui vient à nous, et rechercher les influences héréditaires qui le dominent. Voici trois exemples cités par SAINTON et qui montrent l'importance capitale de la psychanamnèse :

« Dans le premier cas, une intervention sur le corps thyroïde est suivie d'une crise d'excitation maniaque. Il s'agit d'une malade qui, trois semaines après une hémithyroïdectomie, présente des crises délirantes, de l'excitation maniaque ayant toutes les caractéristiques de celles de la maladie de Basedow; elle meurt rapidement avec une température à 40°. Or, *l'interrogatoire nous apprenait que la malade avait été internée cinq fois à la suite de crises d'excitation maniaque* (2).

Dans le second cas, une intervention bénigne sur le corps thyroïde déclenche une série d'accidents délirants. Il s'agit d'un homme de 58 ans examiné en août 1933 par un médecin qui constate de la fièvre, de l'exorbitisme avec éclat du regard, du tremblement des mains, un amaigrissement progressif, des crises de diarrhée à type de colite. On décide de pratiquer la ligature des artères thyroïdiennes. L'opération dure environ 20 minutes, elle est faite sous anesthésie locale le 17 décembre. Le 23, ce malade sort de la maison de santé. Le 31, il paraît normal et peut reprendre ses occupations et aller à son bureau pendant une semaine. Dans la nuit du 12 au 13 janvier, il présente un épisode onirique, de la

(1) WELTI & BARUK : « Troubles psychiques basedowiens ». Op. cit., § I. (C'est nous qui soulignons.)

(2) C'est nous qui soulignons.

pantophobie: deux mendiants frappent à sa porte, il leur donne cent francs et il va se présenter chez le commissaire de police. La gravité de son état le fait rentrer dans une maison de santé où l'on constate de l'agitation confusionnelle, une désorientation complète, de l'incohérence des propos et des gestes; il refuse partiellement de s'alimenter. A l'examen objectif, on constate de l'exophtalmie, de la tachycardie, un souffle mitro-aortique avec une tension artérielle de 12,5/7, un corps thyroïde adénomateux. Le traitement institué est le suivant: digitaline, hémato-éthéroïdine, gardénal à haute dose, reconstituant, sous la forme d'huile de foie de morue. Le sujet est revenu un mois après. Il est soumis à un traitement par la diiodotyrosine à hautes doses à la suite duquel son état physique s'améliore, et il y a augmentation de poids d'un kilo en une semaine; mais le malade reste agité, se frappe la tête contre les murs; il est insomniaque et l'agitation est plus marquée la nuit. Il présente des hallucinations, a des interprétations délirantes, montre le bouton électrique en disant: « voilà ma femme », puis il devient indifférent, sourit à tous, ses forces physiques déclinent; il meurt dans le marasme.

L'interrogatoire de l'entourage du malade met en évidence un point important: il s'agit d'un sujet bizarre, depuis longtemps peu expansif, ne pouvant pas supporter d'employé; il ne peut jouer au bridge qu'avec des personnes qui lui plaisent, et refuse de continuer si la tête de ses partenaires ne lui revient pas; il a une vague tendance phobique. Son père s'était suicidé pendant la guerre à l'âge de 70 ans (1).

Il y avait chez ce malade un état constitutionnel très fruste, tendance phobique exagérée par l'hyperthyroïdie. Le choc psychique paraît avoir, dans un cas, joué un rôle plus important que l'intervention sur la glande. En effet, reprenons point par point cette observation: un malade subit une intervention relativement bénigne, à la suite de laquelle il fait une psychose avec agitation, hallucinations et meurt de cachexie après avoir présenté des phénomènes pouvant rappeler à certains moments ceux du délire aigu. Or, le malade dans un moment de lucidité où l'interrogatoire a pu être plus précis et plus poussé, nous a indiqué qu'il avait été impres-

(1) C'est nous qui soulignons.

sionné par le fait qu'on avait oublié de le prévenir que l'intervention qu'il subirait se ferait sous anesthésie locale. Il est à noter que le matin du jour de l'opération, il eut une absence et qu'il eut ensuite plusieurs fois dans la journée du délire.

Il semble donc que cette psychose soit déterminée par un choc psychique chez un sujet hyperthyroïdien émotif. La nature de l'intervention n'aurait pu modifier le corps thyroïde que dans le sens d'un hypofonctionnement. Il ne semble pas qu'il ait pu se faire à la suite des ligatures thyroïdiennes une poussée d'hyperthyroïdie.

Dans un troisième cas, une intervention chirurgicale guérit un malade d'hyperthyroïdie mais n'empêche pas le développement ultérieur d'une psychose. Il s'agit d'une malade ayant présenté une maladie de Basedow typique. La guérison est totale à la suite de l'hémithyroïdectomie. Trois ans et demi après, à l'occasion du mariage de sa fille et d'aventures sentimentales, elle présente des phénomènes délirants caractérisés par des idées érotiques avec idées mystiques et idées d'indignité. Tous ces troubles disparurent à la suite de l'isolement de la malade. Pendant cette crise, elle n'a pas présenté de symptômes d'hyperthyroïdie. *Il est à retenir que son père avait été enfermé au moins 13 ans dans un asile.*

Il y a certains malades, enfin, qu'il ne faut pas faire opérer. Je vous citerai l'exemple d'une jeune femme présentant un syndrome de goitre exophtalmique typique; elle se refuse d'abord à toute intervention chirurgicale, demande à consulter son mari qui avait fait de vagues études de médecine. Son métabolisme basal est aux environs de $+ 38 \%$; elle semble donc réaliser les indications formelles à l'intervention, quand, au cours d'une conversation dans l'intervalle de deux métabolismes pratiqués, elle manifeste des idées de persécution contre sa belle-famille et montre une nervosité anormale. Je l'interroge. Et j'apprends que le diagnostic de sa maladie avait été fait par le médecin d'administration à laquelle elle appartenait et que ce dernier lui avait conseillé l'intervention chirurgicale. Elle me déclare qu'elle ne pouvait plus passer devant la porte du cabinet où avait eu lieu l'examen, sans avoir une envie furieuse de forcer la porte et de se précipiter sur le médecin pour le giffler. Bien que sur mes conseils elle se résignât à l'opération, je crus plus prudent de l'ajourner et lui con-

seillai d'avoir recours à un traitement purement médical. Dans un cas analogue, je vous invite à faire de même. » (1).

On comprend ainsi toute la portée de la question. Elle n'en a que plus d'importance lorsqu'il s'agit non pas d'un Basedow associé à une psychose ni à un état psychopathique constitutionnel, mais à des psycho-névroses pseudo-basedowiennes. Ici, l'intervention opératoire n'apporte que des déceptions. Les troubles psychiques s'aggravent à la suite du choc opératoire, et de plus l'insuffisance fonctionnelle qu'amène la thyroïdectomie crée chez les malades des désordres neuro-somatiques qui persistent après l'opération. « Certaines éventualités posent un problème diagnostique difficile » (WELTI-BARUK). On le comprend aisément !

L'orientation clinique nécessite donc, au point de départ, beaucoup de prudence et d'esprit d'analyse.

B. — *ESSAIS DE THERAPEUTIQUE APPROPRIÉE. ERREURS ET ECHECS.*

La thérapeutique du Basedow comporte, on le sait, trois grandes méthodes : médication iodée, radiothérapie, intervention opératoire. On trouve, sous la plume de quelques auteurs, des arguments divers en faveur de l'une ou l'autre de ces variétés thérapeutiques. Reconnaissons que certains de ces arguments ne résistent pas à la confrontation des faits et ne sont que des impressions purement subjectives.

Les résultats acquis en certains domaines, tel celui de la chirurgie du Basedow, ont changé l'aspect du problème. L'intervention chirurgicale n'est cependant pas toujours heureuse. Elle a ses échecs et même ses erreurs, qui sont des erreurs au point de départ.

Nous avons vu tout au long de ce travail combien la

(1) P. SAINTON : « Psychoses des basedowiens ». Op. cit. 351 et sqq.

fonction thyroïdienne était importante pour le maintien de l'équilibre somato-psychique. Il est donc nécessaire d'adopter dans tous les cas cliniques une attitude de prudence et même parfois d'expectative. Il est bon, parfois, de savoir attendre. Nous tâcherons, pour notre part, en accord avec les faits et sans esprit de système, de donner quelques indications thérapeutiques qui correspondent le mieux aux conditions du problème que nous avons posé dans ce travail.

1° SYNDROME BASEDOWIEN PUR

On peut user des trois méthodes de traitement : iodothérapie, radiothérapie ; exérèse chirurgicale.

a) *Le traitement iodé* est le plus couramment appliqué. On pourra l'utiliser pour les cas moyens ou sévères. Il est long et s'il aboutit à des rémissions indiscutables, il n'empêche pas les récives. Il y a même parfois des poussées thyroé-toxiques qui obligent à interrompre le traitement. Au point de vue morphologique on ne constate pas d'involution définitive, mais plutôt une sorte de latence hyperfonctionnelle : le parenchyme peut en effet s'hyperplasier de nouveau (Stade *révolutif* de ROUSSY, HUGUENIN et WELTI). Certains sujets sont intolérants à l'iode (solution de Lugol). On peut leur conseiller la diiodotyrosine. Celle-ci a un effet souvent moindre que le Lugol : elle amène cependant parfois des améliorations cliniques.

b) *La radiothérapie*. — Les rayons X diminuent l'activité glandulaire et leur action est proportionnée au degré d'hyperfonctionnement thyroïdien.

Les séances s'échelonnent sur un mois environ, à raison de 2 ou 3 séances par semaine (3 séances de 150 à 200 r ; donc 600 à 1000 r comme dose totale). On interrompt ensuite six semaines pendant lesquelles on fait de la galvanisation iodée (2 à 3 séances par semaine). On examine le métabolisme basal à la fin de chaque série de traitement. On donne la prédominance aux rayons ou à l'électrothérapie selon les réactions du sujet à l'une ou l'autre de ces deux variétés. On agit du reste sur les autres glan-

des en relation avec la thyroïde, comme technique adjuvante. Les résultats sont parfois très favorables.

Ce traitement a un inconvénient: il est long (plus d'un an parfois). Il n'empêche pas les récides. La sclérose parenchymateuse qu'il produit est parfois gênante lors d'une intervention opératoire ultérieure.

c) *L'intervention chirurgicale.* — Nous avons assisté à plusieurs opérations pratiquées par WELTI. La thérapeutique consiste dans l'exérèse subtotale dans l'hyperplasie glandulaire diffuse, la thyroïdectomie large dans l'adénome toxique, qui enlève les « bourgeons » hyperplasiques. La ligature des artères thyroïdiennes ne se pratique que dans certains cas. Elle est insuffisante.

Rien n'empêche de compléter le traitement opératoire par une médication iodée ou la radiothérapie, qui agissent sur le moignon restant, souvent hyperplasique. L'inconvénient de l'acte opératoire était la crise thyrotoxisque post-opératoire, qui avait autrefois amené des complications mortelles. On la prévient par le Lugol pré-opératoire, par la cure de repos et de calme, par la confiance et la sympathie: le basedowien a, par-dessus tout, besoin d'avoir confiance en celui qui le soigne ou l'opère.

On prévient également la crise par injection de thyroxine, immédiatement après l'opération, par voie intramusculaire (2 à 3 millig.) et la même dose (2 à 3 millig.) par quantités fractionnées (1 millig. toutes les 8 heures) pendant les 3 ou 4 jours qui suivent (1).

La thyroïdectomie subtotale donne des résultats impressionnants.

Dans la forme typique du Basedow, l'intervention chirurgicale précoce paraît donc être la thérapeutique de choix et nous croyons qu'elle s'imposera à l'avenir.

(1) MAHAUX: « Prévention de la crise post-opératoire des hyperthyroïdies », — *Presse Médicale*, 20 mai 1942, p. 357.

2° SYNDROME BASEDOWIEN ASSOCIÉ

Nous considérerons deux cas, selon que le syndrome est associé à une psychose constitutionnelle antécédente ou selon que le syndrome révèle une psychopathie sur un terrain prédisposant.

a) *Psychose constitutionnelle associée à un Basedow intercurrent.* — La thérapeutique chirurgicale est, en ce cas, formellement contre-indiquée. On aura recours au Lugol ou à la diiodotyrosine, et dans les cas d'intolérance, à la radiothérapie ou à la radiumthérapie. On a cité le cas d'une malade ayant eu un accès de mélancolie quelques années avant l'apparition d'un Basedow en même temps que récidivait sa mélancolie. L'exérèse parcellaire n'a pas empêché l'éclosion ultérieure d'un accès maniaque. Et une exérèse pratiquée peu après n'empêcha pas une récurrence de mélancolie (1).

On a signalé un cas de confusion mentale, chez une basedowienne, guérie après thyroïdectomie (2).

Nous pensons que c'est là un cas tout à fait exceptionnel.

b) *Syndrome basedowien associé à une psychose intercurrente.* — Il s'agit ici d'une psychopathie révélée par la thyrotoxicose. Le Basedow joue le rôle de cause occasionnelle. En ce cas et selon le degré de dominance du syndrome ou en d'autres termes selon la gravité des états psychopathiques intercurrents, on pourra, après une longue mise en observation du sujet, procéder à une thyroïdectomie en plusieurs temps, ou à une hémithyroïdectomie subtotale en ménageant, en ce cas, une zone plus grande de tissu. Il faut être prudent, pratiquer une intervention échelonnée et savoir attendre. WELTI a obtenu de bons résultats.

(1) V. Annales médico-psychologiques 1938, p. 138 et sqq.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE: Annales médico-psychologiques, *id.*

A défaut d'exérèse partielle, on pourra appliquer la médication iodée ou les rayons X.

c) *Syndromes pseudo-basedowiens.*

1° On peut avoir affaire à des malades *présentant un goitre et une lésion cardiaque* qui n'ont aucun lien de dépendance. Il ne s'agit pas de thyroécardiaques. Ces malades offrent des symptômes nerveux et psychiques. La thyroïdectomie est contre-indiquée. La cure iodée (Lugol) pourra être utilisée. On la combinera avec la médication calcique (sédative). Mais la thérapeutique de choix paraît être la radiothérapie. Les rayons X sont très actifs dans les goitres parenchymateux non toxiques, assez développés mais non compressifs et les résultats sont meilleurs que dans le Basedow.

2° Dans certains cas, les malades présentent un goitre et des troubles psychiques n'ayant aucun rapport causal. S'il n'y a pas d'autres signes suffisamment nets d'hyperthyroïse, pas de thyroïdectomie. C'est dans ces cas qu'on a observé une aggravation post-opératoire des troubles psychiques (WELTI).

3° Enfin, on peut avoir affaire à des malades qui n'ont pas de goitre et qui présentent un déséquilibre neuro-végétatif et certains états psychopathiques. Ce sont les pseudo-basedowiens types. Ils ont parfois les yeux brillants, légèrement saillants, et l'électrocardiogramme peut révéler une tachycardie sinusale. On suspecte un Basedow. Il n'y a rien cependant. On parle, en ce cas de « basedowisme fruste », de « syndrome thyroïdien fruste » et on conseille la thyroïdectomie. C'est une erreur. Si elle est pratiquée, elle aboutit à des échecs pénibles. Ici du reste, l'iodothérapie, ni la radiothérapie ne sauraient non plus être efficaces. On aura recours à des médicaments de sédation.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

L'étude d'ensemble que nous venons d'esquisser et dont nous sentons bien qu'elle devrait être complétée par des analyses plus approfondies, nous amène à certaines conclusions qu'il s'agit maintenant de dégager.

I. — L'intoxication endogène par hypersécrétion de l'hormone thyroïdienne provoque des troubles neuropsychiques cliniquement définis.

Le point d'attaque sur le système nerveux se révèle par l'existence d'une perturbation fonctionnelle de la corticalité (éréthisme psycho-moteur, coma basedowien) qui peut, du reste, être atténuée ou abolie par l'administration de certains narcotiques (véronal, luminal, prominal).

Il est encore mis en évidence par l'amphotropisme de l'hormone vis-à-vis du système sympathique ou parasympathique. Dans l'hyperthyroïdisme, il existe une amphotropie avec prédominance, dans tous les organes, sur le groupe exciteur.

C'est surtout par l'intermédiaire des centres neuro-végétatifs encéphaliques (notamment de l'hypothalamus) que l'hormone agit, en corrélation avec d'autres sécrétions glandulaires (complexe neuro-glandulaire) sur le métabolisme cellulaire, et en particulier sur la nutrition des cellules cérébrales, sur le trophisme du tissu nerveux, influençant ainsi directement le fonctionnement cérébral et par suite le psychisme.

II. — Le syndrome psychique de la maladie de Basedow ne se présente pas comme une entité morbide nosologiquement définie, mais comme un ensemble d'états psychopathiques variant avec la formule idiosyncrasique du sujet. Ce syndrome ne peut donc avoir une place déterminée dans la nosographie des psychoses, mais se caractérise par un polymorphisme d'emprunt avec fréquence d'états dysthymiques (manie, mélancolie, anxiété, etc...).

III. — Les états morbides basedowiens laissent intact le fond constitutionnel du sujet. Il y a ainsi une dualité intra-psychique en clair-obscur, tout à fait caractéristique de la forme typique du syndrome.

Par contre, dans les formes associées de la maladie, qu'il s'agisse d'une psychose primitive ou intercurrente, concomittante au Basedow, ce contraste s'atténue ou même disparaît lorsque la psychose domine le syndrome. En ce cas, le psychisme se dégrade jusqu'au confus ou à l'automatique.

IV. — L'orientation clinique et les directives thérapeutiques étant tout à fait différentes dans les formes typiques ou atypiques de la maladie de Basedow, il est d'une importance primordiale d'arriver à différencier ces formes.

Nous avons désigné la méthode de différenciation sous le nom de *psychanamnèse*. Elle consiste à grouper les données étiologiques relatives à la symptomatologie du Basedow, l'investigation s'étendant aussi bien à la phylogénèse qu'à l'ontogénèse et incluant également une analyse intra-psychique du sujet.

V. — La différenciation ainsi établie nous permet de classer les malades en deux groupes : vrais et faux basedowiens et de leur appliquer une thérapeutique appropriée.

C'est ainsi que dans la forme pure du Basedow nous sommes partisan de l'exérèse chirurgicale qui consiste en une thyroïdectomie subtotale pour le goitre diffus et une thyroïdectomie large dans le cas d'adénome toxique.

Si toutes les précautions sont prises, avant l'intervention, les suites post-opératoires ne sont plus à craindre, et les rémissions obtenues sont impressionnantes.

Pour les formes associées du Basedow, l'iodothérapie et la radiothérapie sont les méthodes de choix, qu'il s'agisse d'une psychose et d'un syndrome intercurrent ou d'un syndrome ayant révélé une psychose. Néanmoins en ce dernier cas on peut pratiquer une thyroïdectomie partielle ou échelonnée, toujours prudente et expectante, et après une longue mise en observation du sujet.

Enfin dans les formes d'apparence, dans les pseudo-Basedow, la médication sédatrice aura la priorité, avec, en deuxième ligne, une médication symptomatique.

*
**

Telles sont les conclusions que nous a suggérées la clinique. On nous pardonnera sans doute de nous élever jusqu'à d'autres qui, croyons-nous, leur font suite. Car si « en médecine le fait domine » (N. FIESSINGER), le fait appelle l'idée et, par elle, la méditation.

Dans le problème que nous avons étudié, une chose nous a beaucoup frappé : c'est l'intime relation du psychique et du physiologique. On l'aperçoit certes, au cours de la maladie de Basedow, dans les manifestations symptomatiques; on l'aperçoit mieux encore sans doute dans sa guérison. L'exérèse de la glande a pour corollaire une sorte de purgation psychique, une manière de libération mentale. Nous mentionnions plus haut le jugement de A. CARREL, « la pensée est fille des glandes ». L'endocrinologie, dans ses constants progrès, nous montre l'interpénétration profonde du psychique et du physiologique. Sans doute cela n'est-il pas nouvellement dit. Le plus illustre des médecins de l'Ecole d'Alexandrie, GALIEN, n'enseignait-il pas déjà que les puissances de l'âme se développent en même temps que les organes du corps? Que la perfection de la pensée humaine s'explique par l'heureux mélange des éléments qui entrent dans la composition du cer-

veau et par la subtilité du *pneuma* chez l'homme ? Enfin que les états de l'âme dépendent du tempérament ?

Plus près de nous, DESCARTES, bien que dualiste et spiritualiste, n'affirmait-il pas une liaison intime entre l'âme et le corps (*T. des Passions*, a. 136) à tel point qu'ils composent un seul tout ?

Et c'est, en effet, tout le vieux problème des rapports de l'âme et du corps que pose à nouveau l'endocrinologie. Récemment on écrivait : « La glande sculpte notre silhouette, modifie notre stature, modèle notre morphologie. Et quelle que soit notre déception spiritualiste, elle façonne aussi caractère, commande la patience ou la colère, l'amour ou la haine, la lassitude ou l'enthousiasme. » (M. LOEPER).

Nous avons vu que cela est vrai, en étudiant la psycho-pathologie du Basedow. Mais même si l'endocrinologie nous oblige à penser que l'âme dans sa symbiose avec le corps doit quitter son orgueil et perdre un peu de son prestige, il restera toujours à expliquer l'Intelligence. Et ce sera, de nouveau, le mystère.

Vu :

Le Doyen,
BAUDOUIN

Vu :

Le Président de Thèse,
N. FIESSINGER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. GIDEL

LISTE CHRONOLOGIQUE DES OUVRAGES CITES

- DESCARTES. — « Traité des Passions ».
- BERNARD (Cl.). — « Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale ».
- SAINTON (P.). — « Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne ». — *Encéphale*. Mai 1906.
- PARHON & MARBE. — « Contribution à l'étude des troubles mentaux dans la maladie de Basedow ». — *Encéphale*. Sept. 1906.
- CHARPENTIER (R.) & COURBON. — « Maladie de Basedow et Psychose maniaque dépressive ». — *Annales médico-psychologiques*. 1908.
- DALMAS. — « Troubles psychiques dans le goitre exophtalmique ». — Thèse, Paris 1909.
- PARHON. — « Recherche sur les glandes internes dans leur rapport avec la pathologie mentale ». — Bucarest, 1910.
- BINET & SIMON. — « Folie avec conscience. Folie maniaque dépressive ». — *Année psychologique*, 1910. T. XVI.
- DELMAS. — « Accès subintrants de confusion mentale au cours d'un goitre exophtalmique ». — *Encéphale*, 1910 (2^e semestre).
- KRAEPELIN. — « Psychiatrie », 8^e édition. — Leipzig, 1910.
- ARSIMOLES & LEGRAND. — « Troubles mentaux et maladie de Basedow ». — *Annales médico-psychologiques*, 1914. T. V.
- FAUVEL. — « Fonction thyroïdienne dans les psychoses périodiques ». — Thèse, Paris, 1922.

- MARANON (G.). — « Los problemas actuales de las secreciones internas ». — Madrid, 1922.
- DELMAS. — « La personnalité humaine ». — Paris, 1922.
- DUMAS (G.). — « Traité de Psychologie ». — T. II, Paris 1923.
- JANET (P.). — « Les Névroses ». — Paris 1924.
- MARANON (G.). — « Manual de las enfermedades del tiroides ». — Barcelona 1929.
- PENDE (N.). — « Endocrinologia ». — Milano, 1934.
- CARREL (A.). — « L'homme, cet inconnu ». Paris, 1935.
- PENDE (N.). — « Tempérament et endocrines ». — *In Médecine et Adolescence*. Lyon, 1936.
- SAINTON (P.). — « Les psychoses des thyroïdiens ». — *Semaine des Hôpitaux de Paris*. Juillet 1937.
- CARNOT (P.), ROUSSY, etc... — « Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique ». — *Journées médicales internationales de 1937*. — Paris 1938.
- CAHANE (M.) & CAHANE (T.). — « Recherches sur les hormones hypophysaires dans certaines psychoses ». — *Annales médico-psychologiques*. Mars 1938.
- COSSA (P.) & SASSI. — « Les formes pures et prévalentes de l'hyperthyroïdie ». — *Presse Médicale*, 30 mars 1938.
- WELTI (H.) & BARUK (H.). — « Diagnostic des troubles psychiques basedowiens ». — *Presse Médicale*, 19 juin 1938.
- ZONDEK. — « Les affections des glandes endocrines ». — Paris, 1938.
- BARUK (H.). — « Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale ». — Paris, 1938.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — « Accès maniaque au cours d'une maladie de Basedow ». — *Annales médico-psychologiques*, 1938.
- CHAUCHARD (P.). — « Le système nerveux et ses inconnues ». — Paris, 1941.

MAHAUX (J.). — « Prévention de la crise post-opératoire des hyperthyroïdiens ». — *Presse Médicale*, 20 mai 1942.

LISTE COMPLÉMENTAIRE
DES OUVRAGES CONSULTÉS

CARRIER. — « Troubles mentaux et Maladie de Basedow ». — *Encéphale*, 1908.

RAMADIER & MARCHAND. — « La glande thyroïde chez les aliénés ». — *Encéphale*, 1908.

LAIGNEL-LAVASTINE. — « Les troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne ». — Congrès des Neurologistes et Psychiatres de Dijon, 1908.

CAMUS. — « Régulation des fonctions psychiques ». — *Paris Médical*, 1911-1922.

CAMUS. — « Centres psycho-régulateurs et centres psychiques extra-corticaux ». — *La Médecine*, 1923.

LEVI (L.) & ROTHSCHILD. — « Thyroïde et émotion ». — *Revue neurologique*, 1918.

BRISOT. — « Mélancolie et basedowisme ». — *Annales médico-psychologiques*, 1921.

CLAUDE. — « Myxœdème et psychonévrose ». — *Encéphale*, 1923.

BÈRMAN. — « The glands regulating personality ».

PIERON (H.). — « De la dualité des processus associatifs et des processus affectifs dans les syndromes mentaux ». — *Annales médico-psychologiques*, Sept. 1920.

BEVILLE. — « La mélancolie thyro-ovarienne ». — Thèse, Paris, 1922.

BUSCAINO. — « Biologia della vita emotiva ».

SOTOCKER. — « Un cas de manie guéri par la thyroïde ». — *Revue neurologique*, 1919.

REGIS. — « Précis de Psychiatrie ».

- PARISOT (L.) & RICHARD. — « La thyroïde ».
- LUGARO. — « Riperussioni psichiche della funzione tiroida ».
- HESNARD. — « La relativité de la conscience de soi ».
- SAINTON & TERRON. — « Troubles psychiques et tumeurs de l'hypophyse ». — *Encéphale*, 1923.
- LAFFORGUE (R.) & ALLENDY. — « La psychanalyse et les névroses ». — Paris, 1924.
- PAGÈS (L.). — « Affectivité et Intelligence » (Etude psychopathologique). — Paris, 1926.
- LAIGNEL-LAVASTINE (L.). — « La méthode concentrique dans l'étude des psychoses ». — Paris, 1927.
- SICCO (A.). — « Psychophysiologie et psychopathologie du corps thyroïde ». — Paris, 1927.
- ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE. — « Glandes endocrines ». — T. XI, Paris, 1936-38.
- SCHACHTER. — « Syndrome schizophrénique passager chez une hyperthyroïdienne ». — *J. de Médecine de Paris*, 21 octobre 1937.
- RIVOIRE (R.). — « Acquisitions nouvelles de l'Endocrinologie ». — Paris, 1937.
- SAINTON, SIMONET & BROUHA. — « Endocrinologie », Paris 1937.
- WELTI (H.). — « Les indications des différentes techniques de la thyroïdectomie ». — Paris, 1937.
- COLLIN (Rémy). — « Les Hormones », — Paris 1938.
- RIVOIRE (R.). — « La science des hormones ». — Paris, 1938.
- MARANON. — « Estudios de endocrinologia ». — Buenos-Aires, 1938.
- FIESSINGER (N.). — « Endocrinologie ». — Paris, 1940.
- SAINTON (P.), WELTI (H.) & AJURIAGUERRA (T.). — « Etude d'une psychose après thyroïdectomie chez une basedowienne ». — *Annales d'Endocrinologie*, avril 1941, p. 102.

TABLE DES FIGURES

	PAGES
FIGURE I. — Coupe de thyroïde normale.	22
FIGURE II. — Schéma des relations neuro-glandulaires de la thyroïde.	29
FIGURE III. — Coupe de thyroïde hyperplasiée: travées sécrétrices	37
FIGURE IV. — Coupe de thyroïde hyperplasiée: îlots lymphoïdes.	37
FIGURE V. — Electrocardiogramme d'un individu normal. .	38
FIGURE VI. — Electrocardiogramme d'un basedowien. . .	38
FIGURE VII. — Electrocardiogramme d'un myxœdémateux	38

TABLE DES MATIERES

	PAGES
INTRODUCTION.	13
CHAPITRE I. — Rappel biochimique: le poison thyroïdien	21
CHAPITRE II. — Dualités psychiques dans les formes typiques de la maladie de Basedow. . . .	35
CHAPITRE III. — Dualités psychiques dans les formes atypiques du Basedow	69
CHAPITRE IV. — La méthode d'investigation dans le syndrome psycho-basedowien: la psychanamnèse	83
CHAPITRE V. — Importance de la psychanamnèse en clinique et en thérapeutique. Vrais et faux basedowiens	93
CHAPITRE VI. — Conclusions.	105
